

**ENTRE (DES) ENCONTROS, TENSÕES E  
POSSIBILIDADES: Reforma Psiquiátrica e trabalho em  
equipe na cidade do Recife**

# **Livros Grátis**

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

Milhares de livros grátis para download.

Juliana Catarine Barbosa da Silva

**ENTRE (DES) ENCONTROS, TENSÕES E  
POSSIBILIDADES: Reforma Psiquiátrica e Trabalho em  
equipe na cidade do Recife.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Pedro de Oliveira Filho

Recife  
2010

**Silva, Juliana Catarine Barbosa da**  
**Entre (des) encontros, tensões e possibilidades : Reforma Psiquiátrica e**  
**trabalho em equipe na cidade do Recife / Juliana Catarine Barbosa da Silva.**  
**– Recife: O Autor, 2010.**  
**137 folhas : il.**

**Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CFCH.**  
**Psicologia, 2010.**

**Inclui: bibliografia, apêndices e anexos.**

**1. Psicologia. 2.. 3.. 4.. 5.. I. Título.**

**159.9**  
**150**

**CDU (2. ed.)**  
**CDD (22. ed.)**

**UFPE**  
**BCFCH2010/32**

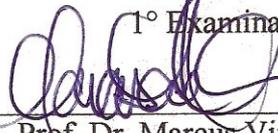
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**ENTRE (DES) ENCONTROS, TENSÕES E POSSIBILIDADES:  
Reforma Psiquiátrica e Trabalho em equipe na cidade do Recife.**

Comissão Examinadora:



Prof. Dr. Pedro de Oliveira Filho  
1º Examinador/Presidente



Prof. Dr. Marcus Vinicius de Oliveira Silva  
2º Examinador



Prof. Dr. Benedito Medrado-Dantas  
3º Examinador

RECIFE, 11 de fevereiro de 2010

A minha avó Nila e minha mãe Nilza.  
Mulheres guerreiras...  
Mulheres da minha vida!

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus, força e luz, sem a qual não seria possível trilhar meus caminhos.

A minha mãe Nilza, pelo amor, apoio e dedicação e por compreender minhas ausências, a seu modo singular, durante a construção da presente dissertação.

A Francisco e Jonathas, pai e irmão, pelo carinho e apoio.

A minha tia Natalha, meu tio Alcioli e meus primos Alcioli Jr. e Rodrigo, por ampliarem meus sentidos de ser família e de dar e receber carinho.

A Gustavo, pelos novos sentidos de companheirismo, amizade e amor e pela dedicação e carinho com que esteve comigo, pacientemente, durante essa jornada.

A Carol, minha amiga, irmã no coração, pelo amor e carinho, por ouvir minhas lamentações e compreender minhas angústias. Também pelo apoio técnico a essa psicóloga nada habilidosa com as tecnologias do cotidiano.

Ao Prof<sup>o</sup>. Dr. Pedro de Oliveira filho, orientador paciente e dedicado, pelas medidas certas de orientação e autonomia que foram fundamentais na construção dessa dissertação.

A meus queridos companheiros da Turma 3 do mestrado, em especial a Larissa, Pedrinho, Fernanda, Ludmila e Jullyane, pela agradável surpresa de tê-los encontrado, a essa altura de minha vida, pelos agradáveis momentos de discussão teórica e descontração, nem sempre dosados na medida correta, porém sem os quais seria muito mais difícil concluir essa jornada.

A Livia e Pedrinho, amigos queridos, pelo carinho e pela leitura cuidadosa de meu texto na reta final da dissertação.

Aos pesquisadores do Núcleo de Estudos em Gênero e Masculinidades (GEMA-UFPE), em especial ao Prof<sup>o</sup> Dr. Benedito Medrado, aos quais devo meu gosto pela pesquisa engajada em psicologia social.

Aos Professores Marcos Vinicius de Oliveira Silva e Benedito Medrado pelas preciosas contribuições em minha banca de qualificação.

A Alda, nossa colaboradora, pela disponibilidade, agilidade, precisão e gentileza com que sempre nos atendeu na secretaria do mestrado.

Aos profissionais, trabalhadores em saúde mental, pela disponibilidade com que me receberam em meio às atribuições de seu cotidiano de trabalho.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (UFPE) pelos ensinamentos e diálogos construídos nos dois anos de desenvolvimento da presente dissertação.

A Sabrina e Neuton, coordenadores de defesa civil, por compreenderem as possibilidades e impossibilidades de uma psicóloga mestranda, ou melhor, de uma mestranda psicóloga.

É sempre tempo de dizer não ao manicômio. E para além da ideologia, poder construir alternativas concretas, um projeto de saúde mental que, para além dos técnicos, se possa ancorar no tecer uma cultura da cidadania, ancorada nos corações de cada um, no intenso movimento de desejo e necessidade, necessidade e liberdade. Parece sempre tempo de dizer “Por uma sociedade sem manicômios” não como ponto de chegada, mas de partida.

(Fernanda Nicácio, 2001)

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 1 – Mapa da Cidade do Recife em sua divisão em distritos sanitários -----67

Figura 2- Diagrama de organização da análise-----71

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CAPS - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

CNS – CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

CERSAM - CENTRO DE REFERÊNCIA À SAÚDE MENTAL

DINSAM – DIVISÃO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

MTSM - MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL

MT - MATO GROSSO

MG - MINAS GERAIS

NAPS – NÚCLEO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

PUC – PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA

SOSINTRA – SOCIEDADE DE SERVIÇOS GERAIS PARA A INTEGRAÇÃO PELO  
TRABALHO

SP - SÃO PAULO

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

TR – TÉCNICO DE REFERÊNCIA

## SUMÁRIO

DEDICATÓRIA  
AGRADECIMENTOS  
EPÍLOGO  
LISTA DE ILUSTRAÇÕES  
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS  
SUMÁRIO  
RESUMO  
ABSTRACT

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>1. SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA.....</b>	<b>19</b>
1.2 Da medicalização da loucura a antipsiquiatria: compreendendo alguns conceitos.....	19
1.2.1 Da medicalização da loucura .....	19
1.2.2 Reformando a Psiquiatria.....	22
1.2.2.1 A Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	25
1.3 Desinstitucionalizar ou Reinstitutionalizar? .....	30
1.3.1 Onde entram os serviços substitutivos nessa história?.....	30
1.3.2 Mas, o que é mesmo atenção psicossocial?.....	32
<b>2. O TRABALHO EM EQUIPE NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA...36</b>	
2.1 Trabalho e Saúde .....	36
2.2 A interdisciplinaridade como foco do trabalho em equipe.....	40
2.3 O trabalho em equipe no espaço dos serviços substitutivos .....	44
<b>3. ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA .....</b>	<b>49</b>
3.1 Compreendendo o “Movimento” Construcionista.....	49
3.2 A Psicologia Social Discursiva .....	54
<b>4. METODOLOGIA .....</b>	<b>62</b>
4.1 Sobre a pesquisa qualitativa.....	62
4.2 Entrando em contato com o campo-tema.....	63
4.2.1 Sobre os consentimentos formalizados.....	65
4.3 Sobre os distritos sanitários III e IV. ....	66
4.4 Sobre os serviços e os participantes .....	68
4.4.1 Sobre as entrevistas.....	68
4.4.2 Sobre os entrevistados.....	69

4.5 Sobre a análise dos dados .....	70
<b>5. PRODUÇÕES DISCURSIVAS SOBRE O TRABALHO EM EQUIPE .....</b>	<b>72</b>
5.1 Entre a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade: Afinal, qual o tipo de trabalho em equipe desenvolvido nos CAPS?.....	72
5.2 Descrições do trabalho em equipe .....	74
5.2.1 A interdisciplinaridade como elemento de perda da identidade profissional .....	75
5.2.2 A equipe descrita a partir dos conflitos:.....	84
5.2.2.1 Formação profissional fragmentada e Trabalho em equipe .....	84
5.2.2.2 Modelo médico centrado e o Trabalho em equipe: .....	87
5.2.2.3 Compartilhamento de atribuições e Compartilhamento de Responsabilidades.....	91
5.2.3 Mas, nem tudo são conflitos no trabalho em equipe: .....	94
5.3 Para novos lugares, novas configurações de saberes: será o CAPS um lugar em que prevalecem as profissões Psis? .....	96
<b>6. AS EQUIPES E A REFORMA PSIQUIÁTRICA.....</b>	<b>105</b>
6.1 O processo de “tornar-se equipe” .....	105
6.2 Posicionando os usuários do serviço.....	115
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>122</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>127</b>

## **APÊNDICE**

Apêndice 01: Roteiro de Entrevista – Profissional

Apêndice02: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## RESUMO

O presente estudo objetiva analisar as produções discursivas de trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade do Recife sobre o processo de atuação em equipe na saúde mental. Adota como abordagem teórico-metodológica a Psicologia Social Discursiva ou Psicologia Discursiva, uma abordagem construcionista, no interior da psicologia social. Tal perspectiva possui como foco principal a forma como as pessoas descrevem, explicam e significam o mundo a sua volta e a si mesmas. A opção por centrar nossos estudos nos trabalhadores em saúde mental dá-se por acreditamos que, no Brasil, esses profissionais foram os precursores do movimento crítico que visa mudanças teóricas e práticas no paradigma psiquiátrico, a Reforma Psiquiátrica. Compreendemos também que tal movimento é direcionado para a construção de um novo espaço social para a loucura, propondo com isso, que sejam repensadas as atuações de todo o corpo de profissionais que atuam com a saúde mental. Nesse sentido, as novas propostas de intervenção preconizam a atuação em equipe e a busca de dissolução das hierarquias nas relações de trabalho. Durante nosso estudo, que privilegiou uma análise qualitativa, foram realizadas 14 entrevistas semi-estruturadas com profissionais, de distintas especialidades, trabalhadores de dois CAPS do Município de Recife. Realizamos a análise após a transcrição e leitura do material das entrevistas, levando-se em consideração também as observações realizadas nas reuniões do Núcleo de Luta Antimanicomial “Libertando Subjetividades”. Os discursos produzidos mostram-se bastante polissêmicos e, em alguns casos, contraditórios. O trabalho em equipe ora é nomeado como multiprofissional ora é nomeado como interdisciplinar. Foram observadas também algumas confusões conceituais no que compete à definição desses termos. O trabalho nas equipes dos CAPS foi frequentemente descrito a partir de seus conflitos. A interdisciplinaridade foi considerada por alguns um fator de perda da identidade profissional, uma vez que, segundo esses profissionais, no espaço dos CAPS, poucas funções são tidas como privativas. A “invasão” da seara de atuação de cada profissional aparece como um dos grandes elementos de tensão no grupo, tensões essas que repercutem em várias esferas do trabalho das equipes. Alguns profissionais ressaltam ainda que as atividades desenvolvidas nos CAPS são voltadas para psicólogos, psiquiatras e psicanalistas, ficando as demais atuações profissionais em segundo plano. Ao observarmos os posicionamentos dos trabalhadores com relação aos usuários verificamos que no espaço dos CAPS ainda são produzidos repertórios tidos como manicomiais. Um elemento, trazido pelos entrevistados como entrave para a consolidação do processo de reforma no município foi à susceptibilidade das questões reformistas às dimensões político-partidárias. Acreditamos que o presente estudo poderá auxiliar nas reflexões e debates das equipes de trabalhadores em saúde mental sobre suas práticas no contexto dos serviços substitutivos.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, trabalho em equipe, saúde mental, discurso e posicionamento.

## ABSTRACT

The present study objectives is to analyze the discursive productions of workers of the mental health care centers (CAPS) from the city of Recife on the process of performance in team in mental health. Discursive Social Psychology or Discursive Psychology adopts as boarding theoretician-methodological, a construcionist boarding, in the interior of social psychology. Such a perspective possesses as the main focus the form as the people describe, they explain and they mean the world around them and themselves. The option for centering our studies in mental health occurs because we believe that in Brazil, these professionals had been the precursors of the critical movement that aims at theoretical and practical changes in the psychiatric paradigm, the Psychiatric Reformation. We also understand that such a movement is directed for the construction of a new social space for madness, considering this, that the performances of all the crew of professionals who act with the mental health would be able to rethink. In this direction, the new proposals of intervention praise the performance in teams and the search of dissolution of the hierarchies in the work relations. During our study, that privileged a qualitative analysis, 14 interviews half-structuralized with professionals had been carried through, of distinct specialties, workers of CAPS from the City of Recife. We carry through the analysis after the transcription and reading of the material from the interviews, taking into consideration also the comments carried through in the meetings of the Nucleus of Anti-Asylum "Libertando Subjetividades" (Freeing Subjectivities). Sufficiently polysemic, the produced speeches reveal, in some cases, to be contradictory. The teamwork however is nominated as multiprofessional however it is nominated as interdisciplinary. One can also observe some conceptual confusions in what it competes from the definition of these terms. The teamwork in CAPS was frequently described from its conflicts. The interdisciplinarity was considered by some a factor of loss of the professional identity, once, according to these professionals, in the space of the CAPS, few functions are had as privative. The "invasion" of the field of performance of each professional appears as one of the great elements of tension in the group, these tensions that re-echo in some spheres of the work of the teams. Some professionals stand out despite the activities developed in the CAPS that are directed to psychologists, psychiatrists and psychoanalysts, being the remaining professional activities in second plain. When observing the positioning of the workers with regard to the users we verify that in the space of the CAPS still has repertoires that are produced as madhouses. An element brought from the interviewed individuals as impediment for the consolidation of the process of reform in the city was the susceptibilities of the reformist questions on the politician-partisans dimensions. We believe that the present study will be able to assist in the reflections and debates of the teams of workers in mental health, in its practice in the context of the service substitutes.

Key words: The Psychiatric Reformation, works in team, mental health, speech and positioning.

## INTRODUÇÃO

A presente pesquisa aborda a temática da atuação em equipe no contexto da Reforma Psiquiátrica. Tivemos como foco o cotidiano dos serviços de saúde mental da cidade do Recife, sob a ótica de profissionais que atuam nesses espaços.

A escolha por abordar tal proposta surge, entre outros motivos, a partir da experiência da mestranda, durante o estágio curricular, para formação em psicólogo, em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade do Recife. Durante o período de aproximadamente nove meses foi possível vivenciar o dia-a-dia de uma equipe de trabalhadores em saúde mental, seus entraves, barreiras e também suas conquistas.

A partir da referida experiência, das leituras e discussões realizadas sobre o tema e das sugestões de diferentes interlocutores pudemos lapidar nosso objeto de estudo que aos poucos foi ganhando os contornos e enfoques que serão aqui apresentados.

Nossa escolha por focar os trabalhadores em saúde mental dá-se por enxergarmos nesses atores muito da própria história da reforma psiquiátrica. No Brasil esses personagens foram os precursores das críticas ao sistema psiquiátrico tradicional e propuseram mudanças éticas, políticas e técnicas para a construção de novos lugares para as pessoas em sofrimento psíquico.

Segundo Joel Birman (1992), tal movimento é direcionado para a construção de um novo espaço social para a loucura, sendo para isso necessário repensar e construir novos repertórios de atuação para todo um corpo de profissionais da saúde mental.

É importante consideramos que nossa pesquisa está sendo desenvolvida em um momento singular do processo de discussão da reforma psiquiátrica brasileira e pernambucana. Em Recife, 2008 e 2009 foram anos de incertezas no que diz respeito às políticas de saúde mental. Período de transição da gestão municipal, marcado pela saída de gestores comprometidos com as propostas da Reforma Psiquiátrica e pela entrada de uma gestão que tem se caracterizado por um intenso descaso com as propostas do movimento. O não investimento nos serviços

substitutivos no ano de 2009 resultou em escassez de mão-de-obra e serviços e no fechamento temporário de alguns CAPS deixando parte da população da cidade desassistida.

Em Pernambuco, 2009 foi marcado pelo início de um processo de intervenção que objetiva o fechamento do Hospital José Alberto Maia, localizado no município de Camaragibe, que até então era o hospital com o maior número de leitos psiquiátricos ativos do país. Tal acontecimento foi oficializado no dia 17 de novembro do referido ano e está sendo consolidado com um programa de reabilitação e ressocialização das pessoas internadas na referida instituição.

Destacamos também o anúncio da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, prevista para junho de 2010<sup>1</sup>, realizado em carta oficial pelo Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado, Coordenador da Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde, em dezembro de 2009. Tendo a última conferência sido realizada em dezembro de 2001 o referido evento vem há muito tempo sendo reivindicado por trabalhadores e militantes da área.

No cenário nacional destaca-se ainda a discussão sobre o projeto de lei do ato médico (nº7.703-A), que consolida uma disputa entre os profissionais médicos e as demais classes profissionais. Compreendemos que o mesmo não apenas delimita formalmente as atribuições do profissional de medicina como também restringe o espaço de atuação de muitos outros profissionais da área de saúde. O projeto em questão foi aprovado em 22/10/2009 na Câmara dos Deputados e encontra-se em discussão no Senado.

Pernambuco possui hoje uma população estimada em 8.734.194 habitantes e um total de 47 CAPS. Desse quantitativo 50% localizam-se na cidade do Recife, com população em torno de 1,5 milhões de habitantes, o município possui o único CAPS 24 horas do estado. Existem ainda no estado um total de 10 residências terapêuticas em funcionamento e 14 em processo de implementação.<sup>2</sup> Esses dados revelam que, embora o estado tenha sido diretamente beneficiado com o processo de reforma psiquiatria, ainda há um longo caminho a ser percorrido para a consolidação desse projeto.

---

<sup>1</sup> Fonte: [www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br)

<sup>2</sup> Os dados descritos nesse parágrafo, atualizados em outubro de 2009, foram retirados do site portal da saúde ([www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br)) e são de responsabilidade do Ministério da Saúde.

Embora o Brasil possua um intenso fluxo de discussões e produções científicas referentes à reforma psiquiátrica, no que diz respeito às produções pertinentes à reforma psiquiátrica em Pernambuco ou mesmo na cidade do Recife essas produções e discussões são tímidas. Nesse contexto, destaca-se um levantamento histórico sobre a história da loucura em Pernambuco realizado pelo departamento de História da UFPE, sob a coordenação do professor Doutor Carlos Miranda. Pontua-se também a dissertação defendida pela mestra Gláucia Guedes dos Santos (2008), no Mestrado em Psicologia da UFPE, que versa sobre a reabilitação psicossocial em um CAPS da região metropolitana do Recife. Existem também alguns relatos de experiências em CAPS da referida região publicados em periódicos especializados<sup>3</sup>. Contudo, percebe-se a necessidade de discutir a reforma até mesmo entre os técnicos que já atuam em saúde mental. Em recente conversa com uma das representantes do núcleo pernambucano pela reforma psiquiátrica – Libertando Subjetividades – constatou-se que em Pernambuco não há registros formais sobre a história dos movimentos pela reforma psiquiátrica no estado, destacando-se apenas um artigo de autoria da psiquiatra Jane Cordeiro Lemos (1999), intitulado “Saúde Mental em Pernambuco: Reforma psiquiátrica”, que realiza um balanço do andamento da reforma psiquiátrica no estado na década de 90.

Benilton Bezerra Junior (2007) ressalta a importância de cuidar-se dos profissionais que atuam na saúde mental, assim como de transformar suas experiências em preciosas fontes de informações para gerir e formular propostas de atenção. Nesse contexto, acreditamos que um estudo em tais dimensões pode contribuir não apenas para a comunidade acadêmica, como forma de produção de conhecimento, como também para as discussões fomentadas pelas equipes de saúde mental sobre suas práticas profissionais.

Tendo em vista esse breve momento de contextualização é importante também pontuarmos alguns dos pressupostos teóricos que guiaram nosso trabalho. Aqui destacamos a perspectiva de trabalho em saúde desenvolvida por Emerson Elias Merhy (2009) em que o autor aborda os processos de mudança no trabalho em saúde. Assim como, as discussões realizadas entre o referido autor e Túlio Batista Franco.

---

<sup>3</sup> LUDEMIR, (2000); MORAES (2008) in: [www.scielo.br](http://www.scielo.br)

Para Merhy e Franco (2003) as mudanças no processo técnico assistencial para a saúde dependem não apenas de normas gerais, mas também da produção de saúde que ocorre nas micropolíticas de organização dos processos de trabalho. Nesse contexto, se considerarmos a reforma psiquiátrica, dentre outras coisas, como uma grande proposta de mudanças nas configurações do trabalho em saúde, compreender como ocorrem tais processos mostra-se fundamental para nossa compreensão do referido movimento.

Utilizaremos também em nosso estudo a versão de trabalho em equipe desenvolvido por Hilton Japiassu (1976) em que o autor ressalta que apenas um trabalho em equipe multi ou interdisciplinar é capaz de permitir uma divisão racional do trabalho, aumentando, assim, sua eficácia e sua produtividade. A partir da noção de interdisciplinaridade definida pelo referido teórico discutiremos o processo de trabalho em equipe no setor de saúde nacional.

Como será discutido adiante percebemos que o trabalho desenvolvido pelas equipes, no que diz respeito a um embasamento teórico que o fundamente ainda necessita de mais discussões. Observamos também que o próprio corpo legal – leis e portarias (lei nº10. 2016/2001; portaria ministerial nº336/2002) – que rege o funcionamento dessas equipes, assim como, alguns dos manuais utilizados para estruturar o funcionamento dos CAPS - Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004); Linha Guia de Saúde mental (SECRETARIA DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2005)- não especificam as vertentes teóricas que fundamentam o trabalho em equipe que preconiza.

A abordagem teórico-metodológica adotada neste trabalho é a Psicologia Social Discursiva ou Psicologia Discursiva, inscrita em uma vertente construcionista. Tal perspectiva vem desenvolvendo uma crítica aos modos tradicionais de desenvolver pesquisas em psicologia social e propõe novas formas de se pensar a produção de conhecimento. Tal perspectiva possui como principais representantes os pesquisadores Kenneth Gergen (1982) Potter e Wetherell (1987), Rom Harré (2003), Michael Billig (1991), entre outros.

Tendo em vista os elementos discutidos até aqui a presente dissertação possui os seguintes objetivos:

**Objetivo Geral:** Analisar as produções discursivas de trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial da cidade do Recife sobre o processo de atuação em equipe na saúde mental.

**Objetivos Específicos:**

- Compreender como esses trabalhadores posicionam seu grupo profissional e os outros grupos no contexto de atuação dos serviços substitutivos;
- Analisar as descrições realizadas pelos técnicos em saúde mental sobre o processo de fazer parte de equipes multiprofissionais no contexto da reforma psiquiátrica;
- Analisar os repertórios interpretativos utilizados pelos trabalhadores em saúde mental para posicionar os usuários dos serviços substitutivos.

A presente dissertação encontra-se dividida em seis capítulos, os mesmos foram organizados de maneira a que o leitor possa compreender a forma como desenvolvemos a referida pesquisa, quais foram os caminhos percorridos, quais foram nossas escolhas e quais as reflexões trazidas desses processos.

O primeiro capítulo discute as questões referentes à saúde mental em seu percurso histórico, assim como, as discussões mais atuais sobre o processo de reforma psiquiátrica. Buscaremos fundamentar o processo de trabalho nos CAPS, a formalização do trabalho instituído nesses locais e a proposta de atenção psicossocial defendida por tais instituições.

No capítulo dois buscaremos debater sobre o processo de trabalho em saúde, discutiremos sobre como a implementação de mudanças no trabalho afeta os trabalhadores. Debateremos também sobre as diferentes formas de classificar o trabalho em equipes tendo como foco central a discussão em torno da interdisciplinaridade. Discutiremos ainda nesse capítulo as principais características das formações de equipe no âmbito da saúde.

O capítulo três foi dedicado às discussões sobre nossa abordagem teórico metodológica, nele objetivamos familiarizar o leitor com os principais conceitos e propostas da psicologia social discursiva no contexto do construcionismo em psicologia social.

O capítulo quatro compreende a explicitação do passo a passo metodológico de nossa pesquisa, definindo elementos como quantitativo de participantes, recorte da pesquisa, assim como, os caminhos percorridos para chegar aos serviços pesquisados e aos trabalhadores em saúde mental.

Os capítulos cinco e seis são dedicados à discussão sobre as informações acessadas a partir de nossa experiência com os trabalhadores. Os mesmos estão divididos, para fins de didáticos, a partir de seções e itens que buscam explicitar as discussões emergentes a partir das observações e entrevistas.

## **1. SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Este capítulo possui como objetivo discutir alguns dos principais conceitos referentes à saúde mental e ao processo de Reforma psiquiátrica. Aqui traremos ao debate diversos autores, nacionais e internacionais, que buscam discutir a temática da saúde mental, tendo como foco os processos de busca de uma reformulação da psiquiatria.

Tendo em vista o objetivo de nosso trabalho que seria compreender as construções discursivas realizadas pelos trabalhadores dos chamados serviços substitutivos sobre o trabalho em equipe, é importante apresentar o contexto sócio-discursivo mais amplo em que se produziu uma parte dos recursos e dos repertórios interpretativos utilizados nessas construções discursivas. Faremos, portanto, uma explanação geral dos conceitos que marcaram a Reforma da Psiquiátrica, buscando mostrar como influenciaram e influenciam o trabalho em saúde mental.

### **1.2 Da medicalização da loucura a antipsiquiatria: compreendendo alguns conceitos.**

É importante ressaltar que só foi possível repensar a psiquiatria a partir do momento em que o próprio conceito de loucura foi também questionado. Contudo, o conceito de loucura tal qual o conhecemos, nem sempre foi o mesmo ao longo da história.

A presente seção visa explicitar algumas reflexões sobre o processo de medicalização da loucura e das discussões que fizeram surgir o movimento da antipsiquiatria, processo esse que inspirou a reforma psiquiátrica brasileira.

#### **1.2.1 Da medicalização da loucura**

Paulo Amarante (1995) afirma que foram os princípios da “liberdade, igualdade e fraternidade” pregados no contexto da Revolução Francesa que propuseram um novo caminho para a condição civil e política dos alienados, não

cabendo a estes, naquele momento, o lugar da exclusão, caberia ao hospital psiquiátrico comportar e “cuidar” daqueles que, devido a sua condição, não poderiam gozar plenamente de seus direitos civis. Nesse momento, o asilo passa a portar os requisitos de dar aos alienados a condição de sujeitos de direito, sendo tal pressuposto adotado na maioria dos países ocidentais.

É importante ressaltar que a história das relações de poder nas instituições psiquiátricas se confunde com a própria história da loucura. O saber/poder centrado na medicina é antecedido pela instauração do hospital como local de cura e de cuidado, sendo a partir de então que o médico entra em cena como grande organizador deste espaço.

De acordo com Foucault (1979) o poder é estabelecido através das relações sociais, sendo estas mediatizadas por dispositivos que buscam dominar a produção de saberes e, por conseguinte ser detentora da verdade. A noção foucaultiana de poder concebe o mesmo de forma descentralizada, colocando-o como parte inerente das relações, não existindo, por sua vez, uma instância detentora ou centralizadora do poder. Contudo, o autor considera que o exercício do poder nas relações se dá através da sujeição dos corpos.

Roberto Machado (2005) afirma que a dominação do corpo humano, seja em sua instância subjetiva ou material, pressupõe a eficácia produtiva das relações de dominação. Desse modo, o autor salienta que a expropriação da autonomia dos corpos os torna dóceis e assim sujeitos as necessidades de manutenção da sociedade industrial e capitalista.

De acordo com Robert Castel (1991) quando se trata da medicalização da loucura não devemos pensar apenas em uma mera confiscação da loucura sob o olhar médico, a mesma implica na definição de um novo status jurídico, civil e social do louco, que ganha também uma nova nomenclatura, alienado.

Castel (1991) salienta ainda que o hospital passa, nesse contexto, a ser o elemento determinante que confere o Status de alienação. Nesse sentido, o elemento chave da medicalização da loucura não é a relação médico-doente e sim a relação medicina-hospitalização. São as novas tecnologias presentes nesse espaço que irão caracterizar o novo mandato social a partir de práticas centradas no processo asilar.

Para Franco Basaglia (2005) no contexto asilar a pessoa em sofrimento psíquico encontra-se trancafiada unicamente no processo precário de sua própria

subjetividade, sendo tolhida pelas limitações de sua doença, “impelido pelo poder institucionalizante do asilo a objetificar-se nas próprias regras que o determinam, num processo de diminuição e de restrição de si mesmo (p.25)”

Segundo Machado (1978), a medicina social desenvolve um processo de medicalização da sociedade, os defensores dessa bandeira buscam introduzir os médicos em diversas esferas de controle social, político, jurídicos, entre outros. Tendo como um de seus grandes aliados o poder Estatal, a medicina social medicaliza distintas esferas na sociedade.

Machado (1978) salienta também que o processo advindo da medicina social, que segundo ele é composta pelos mesmos integrantes que levantam a bandeira da psiquiatria, ressaltam o ideal de que a “loucura não se trata com liberdade, nem com repressão, mas com disciplina” (p. 379), justificando assim seu enclausuramento nos hospitais psiquiátricos.

Desse modo, o poder do médico se instaura como aquele que detém a faculdade de diagnosticar e curar a enfermidade. É também no espaço hospitalar que vão surgir às várias possibilidades terapêuticas para a loucura, adquirindo está o caráter de doença. Como diz Foucault (1979) as duas funções primordiais do asilo seriam “prova e constatação da verdade por um lado; conhecimento e constatação do fenômeno por outro” (p.123).

Contudo, tais questões podem ser ampliadas quando se reflete sobre o poder exercido da “não-loucura” sobre a loucura. Para Basaglia (2005) a objetificação da loucura, ou como ele próprio define, da desrazão, constitui-se como elemento essencial para a dominação, pois a razão só admitirá conviver com a desrazão objetivando-a.

A psiquiatria clássica outorgava a si o direito de transformar a loucura em objeto de conhecimento acessível a uma ciência médica, que a estabelece como doença ao mesmo tempo em que classifica o louco como doente expropriando-o do poder sobre sua própria loucura. Foucault dá voz a este ideia através do seguinte pensamento:

Sua loucura, nossa ciência permite que a chamemos doença e daí em diante nós médicos estamos qualificados para intervir e diagnosticar uma loucura que lhe impede de ser um doente como os outros: você será então o doente mental. (FOUCAULT, 1979, p. 127).

Contudo, é importante salientar que o saber médico há muito é questionado e posto a prova. Foucault (1979) afirma que desde o momento em que as idéias de Charcot sobre a histeria foram questionadas que os primeiros esboços da antipsiquiatria começaram a surgir. O autor ressalta também que os grandes abalos provocados na psiquiatria desde o século XIX vieram a colocar em discussão o poder do médico.

Nesse contexto, Basaglia (2005) vem ressaltar que, com o passar do tempo, o manicômio, surgido como a defesa dos sadios frente à loucura, começa a receber várias críticas e passar a ser compreendido, por alguns, como um lugar do qual o “doente mental” precisa ser salvo.

Nesse sentido, Castel (1987) afirma que a psiquiatria vinha até então representando uma instância paradigmática, do exercício do poder, seu modelo pode ser considerado como uma imagem cristalizada das figuras de autoridade da família e de outras instituições. Sendo no espaço do hospital o principal entrave da livre expressão da loucura.

As críticas ao modo como a medicina mental conduzia o processo de adoecimento e as novas concepções sobre a loucura fazem emergir a antipsiquiatria. Esse movimento tinha como foco a busca de relações menos hierarquizadas no lidar com a loucura.

Entretanto aqueles profissionais que se propuseram a levar à prática as questões levantadas pela antipsiquiatria sofreram inúmeras represálias, tendo em vista as inúmeras resistências prementes ao modelo. Muitos profissionais abandonaram seus ofícios após terem passado por grandes desafios na busca por elaborar novas práticas nesse campo (CASTEL, 1987).

A partir daqui podemos observar que a possibilidade de se pensar a loucura, além dos pressupostos da psiquiatria tradicional, possibilitou uma abertura para que novas estruturas de cuidado e, por conseguinte, de trabalho pudessem ser introduzidas ao sistema em discussão. No item a seguir discutiremos o processo de Reforma Psiquiátrica.

### **1.2.2 Reformando a Psiquiatria.**

Como discutido no item anterior, a preocupação com o lugar da loucura - ou porque não dizer o não lugar – é uma temática há muito discutida pelo homem ocidental. O movimento da reforma psiquiátrica tal qual o conhecemos hoje nasceu de inúmeras tentativas de pensar esse lugar. É importante ressaltarmos que sua história não se deu de forma linear, passando por cisões e rupturas que se renovam até os dias atuais.

Para Fernando Tenório (1999) o próprio surgimento da psiquiatria pode ser considerado como um ato reformador. Nesse contexto, ao pensar o movimento de Reforma Psiquiátrica não devemos imaginá-lo como um corpo linear a mover-se ao longo da história e sim como um emaranhado de fios com diferentes origens que se cruzam e se encontram no decorrer da história da saúde mental.

Nesse contexto, é importante ressaltar que os processos de reforma da psiquiatria não podem ser considerados apenas como a busca de novos lugares para a loucura e sim como a mudança em todo um esquema de cuidados. Considera-se também a reestruturação de todo um corpo de conhecimentos, de todo um “saber fazer” de uma categoria de profissionais, os trabalhadores em saúde mental.

É importante que compreendamos um pouco do percurso histórico do movimento de reforma psiquiátrica, uma vez que, o mesmo passou por uma série de modificações até possuir os ideais estabelecidos atualmente.

A situação das pessoas internadas nos hospitais psiquiátricos no período posterior a Segunda Guerra Mundial era precária, a comunidade europeia chegou a comparar esses locais a campos de concentração Nazista. Tal situação mostrava-se incompatível com os ideais democráticos vigentes, fazendo-se urgente modificar as estruturas de exclusão (AMARANTE, 1998)

Outro elemento também acarretado pelo fim da II Guerra que veio a por em cheque as estruturas do modelo de tratamento da loucura foi o grande número de pessoas – principalmente do sexo masculino – incapacitadas por eventos traumáticos decorrentes das batalhas. A referida situação fazia a mão-de-obra europeia tornar-se escassa e cada vez mais pessoas questionarem a situação das instituições de tratamento para a doença mental (SECRETARIA DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2005).

Basaglia (2005) ressalta que o processo de reforma da psiquiatria ocorreu de formas distintas nos países vencedores do pós-guerra. Tendo a Itália caminhado a partir de suas características próprias e em um ritmo também singular.

Nesse contexto, várias propostas foram trazidas como tentativas de reformulação do modelo de atendimento psiquiátrico.

Tendo como alguns de seus principais representantes T.H. Main, Bion e Reichman a psicoterapia institucional e as comunidades terapêuticas buscaram novas formas de pensar o espaço terapêutico de tratamento da loucura. Possuíam como proposta a incorporação de atividades laborais como um recurso terapêutico para doentes crônicos, assim como a reelaboração do espaço institucional. Entretanto, pode-se afirmar que mesmo possuindo um caráter reformista tais propostas ainda colocavam a loucura em um espaço de exclusão (AMARANTE, 1998).

Destacam-se também a psiquiatria de setor e a psiquiatria preventiva que buscavam acoplar serviços extra-hospitalares ao hospital, introduzindo a noção de território e a busca por cuidar da saúde mental das pessoas a partir de três níveis de atenção, o primário, o secundário e o terciário. As ações se constituíam em intervir nas condições ambientais de formação da doença mental (nível primário); diagnosticar de forma precoce estas doenças (nível secundário) e readaptar o paciente a vida social posteriormente a sua melhora (nível terciário) (AMARANTE, 1998).

A principal marca dos movimentos discutidos até aqui é sua busca por tratar a loucura de uma forma mais humana sem, contudo, atacar os fundamentos das concepções paradigmáticas vigentes até então. Em contraposição a tais premissas, a psiquiatria democrática e a antipsiquiatria buscavam romper com os modelos anteriores e questionar a conjuntura das práticas e saberes da psiquiatria vigente.

A psiquiátrica clássica instaura um círculo de poder que é combatido pela antipsiquiatria com o objetivo de liberar o sujeito para que possa experienciar sua própria loucura, de forma autônoma. Nessa relação do sujeito com a loucura poderá haver a contribuição de outras pessoas, desde que não seja através de um caráter normativo. Desse modo, segundo Foucault (1979) a desmedicalização da loucura aparece como correlata ao questionamento do poder médico produzido pela antipsiquiatria.

Segundo Birman (1992), a antipsiquiatria, representada por Franco Basaglia, Ronald Laing, David Cooper, Aaron Esterson e por outros trabalhadores em saúde mental, questionava o saber coordenado pela psiquiatria, assim como a naturalização do binômio loucura/doença mental.

A psiquiatria democrática, representada por Franco Basaglia, busca ampliar a discussão sobre saúde mental, além do domínio dos “técnicos em saúde mental”, buscando proporcionar a possibilidade de reflexão e crítica sobre a realidade e o lidar com a loucura. De acordo com Amarante (1998) tal proposta amplia as reflexões sobre as violências no espaço hospitalar, levando as questões além do universo dos trabalhadores em saúde mental.

Nesse contexto, Basaglia (2005) vem ressaltar que o que está em jogo não é a coincidência ou não entre loucura e doença, a grande discussão levanta se refere à ineficácia da custódia como único sistema de tratamento e a necessidade de que a todo doente mental institucionalizado seja atribuído uma sanção jurídica de periculosidade.

O movimento representado por Basaglia teve grande influência sobre o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. O item a seguir busca trazer de forma sucinta como se deu esse processo no país.

### **1.2.2.1 A Reforma Psiquiátrica no Brasil**

No Brasil, a inauguração do hospital D. Pedro II, no Rio de Janeiro, em 1858, apresenta-se como marco fundador da cultura manicomial no país. Este foi o primeiro manicômio da América do Sul. Com a proclamação da república brasileira em 1888, este hospital foi rebatizado como Hospício Nacional de Alienados, e segundo Resende (1987), foi exatamente nessa época que a psiquiatria passou a ser reconhecida como científica no Brasil.

Segundo Oda & Dalgalarrodo, (2005), em 1874 no Estado de Pernambuco, foi inaugurada o Hospital da Tamarineira, o segundo da linha no Brasil. Em 1883 o hospital foi entregue para a administração da Santa Casa, porém em 1924, o governo de Pernambuco reassumiu a administração do serviço local através de um decreto do então governador Barbosa Lima Sobrinho.

Em 1930, o hospital estava em precárias condições de funcionamento, quando o médico Ulysses Pernambucano de Melo Sobrinho assumiu a sua

administração e o restaurou. Figura fundamental na história da psiquiatria pernambucana e brasileira, Ulysses Pernambucano fundou o primeiro ambulatório psiquiátrico público, a primeira escola para deficientes mentais e o primeiro instituto de psicologia do Brasil. Alguns anos depois o Hospital da Tamarineira foi rebatizado com o nome de seu administrador mais celebre e hoje se chama Hospital Ulysses Pernambucano.

Segundo Martins (2005), nas décadas seguintes o modelo manicomial espalhou-se por todo o Brasil, com a abertura de novos hospitais psiquiátricos.

A partir dos anos 50 do século passado iniciou-se o processo de privatização dos referidos serviços que se encontravam em péssimas condições de atendimento. Nesse contexto, o poder público brasileiro começou a contratar leitos de hospitais psiquiátricos privados, e foi neste momento que novos problemas foram incorporados a já difícil situação. A superlotação, permanência por tempo indeterminado, uso abusivo de psicofármacos, entre outros transtornos que passaram a ser rotina nos manicômios brasileiros. (MARTINS, 2005).

Nesse período, os hospitais psiquiátricos conseguiam lucros exorbitantes a partir de internações prolongadas. Várias denúncias foram realizadas afirmando que os donos desses estabelecimentos realizavam internações arbitrárias de pessoas que não tinham indicação para isso. Tal processo ficou conhecido como “Indústria da Loucura (TENÓRIO, 2005)

Contudo é importante salientarmos que na década de 40 destaca-se a figura de Nise da Silveira, psiquiatra alagoana, como umas das precursoras do processo reformista em psiquiatria no Brasil. Essa psiquiatra desenvolveu métodos inovadores no cuidado das pessoas em sofrimento psíquico tendo fundado serviços pioneiros no cuidado dessa clientela. Segundo Frayze-Pereira (2003), Nise possuía uma ampla capacidade de deslocar a problemática da loucura do campo da psicopatologia médica para o campo da cultura, o que exprime uma intenção de provocar discussões, trazendo dúvidas, quebra de preconceitos e paradigmas, do que se considera loucura, ou mesmo arte, com o objetivo de uma transformação sociocultural.

Outra grande influência do movimento de reforma psiquiátrica brasileiro, a Psiquiatria Democrática italiana, chegou ao Brasil em 1979 com o seu maior representante, o psiquiatra Franco Basaglia. Basaglia conheceu a estrutura manicomial brasileira, visitando alguns hospícios, e realizando conferências em São

Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte. Um ano antes, em 1978, a lei 180 foi promulgada na Itália, essa lei denominada de “Lei Basaglia” ordenou o fechamento de todos os hospitais psiquiátricos daquele país.

Surgindo em meados da década de 70, do século passado, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) atuou como um dos agentes centrais do processo de reforma psiquiátrica no Brasil. Esse movimento buscava quebrar o modelo então vigente de exclusão e maus tratos no qual se encontravam os internados em hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 2003).

O movimento de reforma psiquiátrica no Brasil, inspirado pelos ideais da antipsiquiatria, eclode a partir do crescente número de denúncias de violações aos direitos humanos ocorridas nos hospitais psiquiátricos e da situação política conturbada na qual se encontrava o país. A conjuntura desses elementos acarreta o episódio marco do início da reforma, conhecido como a “Crise da DINSAM”, órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde, especificamente as referentes à saúde mental. Os profissionais das quatro unidades que compunham a instituição deflagraram greve, posteriormente ocorreu à demissão de cerca de 260 profissionais e estagiários (AMARANTE, 1998).

O MTSM é o primeiro movimento em saúde com participação popular, não sendo rotulado como entidade ou movimento em saúde e sim caracterizado pela luta popular no campo da saúde mental. Nesse período, final dos anos 70 início dos anos 80, ocorreram vários encontros regionais e nacionais que buscavam discutir o modelo vigente e estruturar novas formas de atenção psiquiátrica. Os pressupostos da Reforma psiquiátrica foram estruturados em diferentes campos de atuação: teórico conceitual, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural. Todos estes campos tinham como foco central o resgate da cidadania do doente mental (AMARANTE, 1994).

Outro fato importante do processo reformista brasileiro ocorreu em 1987 durante o Congresso de Bauru (SP), considerado como marco da consolidação do MTSM. Ainda nesse congresso foi definido o lema do movimento “Por uma sociedade sem manicômios” e decretado o dia 18 de maio como o dia nacional da luta antimanicomial. Este movimento social assumiu como objetivos principais a radical transformação das relações entre loucura e sociedade, a ressocialização dos então chamados de portadores de transtornos mentais e o desmonte da estrutura manicomial no Brasil. (TENÓRIO, 1995)

A década de 80 foi marcada pelo amadurecimento deste movimento que encontrou força em outros pensamentos reformistas como, por exemplo, o movimento da Reforma sanitária, que lutava pela democratização do sistema de saúde. Em 1986 realizou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual foi arquitetado um novo sistema de saúde pública, que viria a ser chamado de SUS ao ser afirmado como lei em 1988 pela nova constituição brasileira. Nesse contexto, foi realizada em 1987 a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que apresentou em seu documento final novos planos de reformular a assistência em saúde mental em todo o Brasil. Foram privilegiadas as propostas extra-hospitalares e a reconfiguração da equipe técnica-assistencial para o formato multiprofissional.

Em 1989 foi proposto o projeto de lei 2.675 de autoria do deputado Paulo Delgado, que ficou conhecido como “Lei antimanicomial”. O referido projeto de lei tramitou no Congresso Nacional por cerca de onze anos até ser confirmado em 2001 como lei federal, nº 10.216, que versa sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico. A referida lei prevê o redirecionamento da assistência psiquiátrica para uma rede de recursos extra-hospitalares, determina uma atenção especial aos pacientes de hospitais psiquiátricos com longos períodos de internação, e dispõe sobre os casos de internações voluntárias, involuntárias e compulsórias.

A incorporação das idéias advindas do modelo italiano provoca uma verdadeira ruptura nas estratégias e princípios do MTSM. Em outubro de 1986 é realizado o II Congresso de Trabalhadores em Saúde Mental do Estado de São Paulo, momento em que várias diretrizes do movimento são rediscutidas (AMARANTE, 2003).

O referido congresso é considerado um marco histórico para a reforma brasileira tendo em vista a renovação produzida no MTSM, foi também um período marcado por uma ruptura entre o movimento e o Estado. O MTSM passa, nesse momento, a aproximar-se dos movimentos populares da sociedade civil, como as entidades de familiares e usuários. Dentre esses movimentos destaca-se a *Sosintra*, no Rio de Janeiro e a *Loucos Pela Vida* em São Paulo.

O final da década de 80 foi caracterizado por experiências de novas práticas no campo da saúde mental, destacando-se duas delas. A primeira foi a criação do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em 1987 na cidade de São Paulo. E a segunda foi a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, ação que ficou conhecida com a Experiência de Santos. A partir dessas ações foram criados novos modelos de assistência à saúde mental, os CAPS (Centros de

Atenção Psicossocial) e os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) que foram regulamentados pelo Ministério da Saúde pelas portarias 189/91 e 224/92.

Em 1990 foi apresentado pela Organização Pan Americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde o documento conhecido como Declaração de Caracas. Este documento convocou diversos setores tanto da sociedade civil como órgãos dos poderes públicos dos países da América Latina a participar da reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina, com a instauração de novas políticas para todos os serviços de saúde mental da região.

Na década de 90 ocorreu uma maior infiltração das propostas da Reforma Psiquiátrica nas políticas públicas brasileiras. Novas leis favoráveis à reforma foram aprovadas nos diversos níveis de governo, e os modelos de CAPS/NAPS se expandiram pelo país afora. Em Dezembro de 1992 foi realizada a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, contando com a participação de usuários do sistema de saúde mental e familiares destes, que foram convocados para participar das discussões.

Nesse processo, destaca-se a portaria GM 336/202 que vem regulamentar o funcionamento dos CAPS e da portaria nº251/GM de 31 de janeiro de 2002 que estabelece critérios definidos para o funcionamento dos hospitais psiquiátricos.

No cenário pernambucano destaca-se a lei estadual nº11064/94 que versa sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção a saúde mental e regulamenta a internação involuntária em psiquiatria. E ainda a lei municipal nº 16.232/96 da Câmara Municipal do Recife que trata da reestruturação da rede hospitalar com redução de leitos, melhoria assistencial e implantação de serviços substitutivos.

Em meio a esse processo foram realizadas as II e III Conferências Nacionais de Saúde Mental e ocorreu uma crescente redução no número de leitos nos hospitais psiquiátricos e elevação do número de CAPS. Segundo dados do Ministério da Saúde em 2002 o Brasil possuía 51.393 leitos em hospitais psiquiátricos, em 2006 esse número foi reduzido para 39.567. No que se refere aos CAPS em 2002 contávamos com 424 unidades, em 2009 conta-se um total de 1.467.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Fonte: [www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br)

Pensar a Reforma Psiquiátrica em um país com dimensões continentais como o Brasil exige uma série de reflexões que extrapolam o âmbito dos cuidados em saúde. Como é possível perceber em sua trajetória histórica a reforma se dá nos planos jurídicos, políticos, assistenciais, socioculturais entre outros. Bezerra Jr. (2007) afirma que a partir da virada do século, tendo sido ultrapassada a fase de resistência e proposições alternativas, o projeto da reforma psiquiátrica no Brasil precisa decidir entre dois caminhos: ou solidifica seus caminhos, evidenciando seu “horizonte ético e seu projeto de transformação social e subjetiva” (p.6); ou correrá o risco de adentrar por processos de estagnação, burocratização e institucionalização conservadores.

### **1.3 Desinstitucionalizar ou Reinstitutionalizar?**

Tendo em vista o percurso trilhado até aqui e observando que uma das grandes bandeiras da reforma psiquiátrica são os espaços tidos como substitutivos aos hospitais psiquiátricos, a presente seção possui como propósito discutir, de forma sucinta, sobre o referido tema.

De acordo com Franco Rotelli et. al. (2001) o primeiro passo para a desinstitucionalização é a busca por desmontar a relação entre problema-solução, que no caso da psiquiatria pode ser traduzido como o restabelecimento de um funcionamento dito normal. Para o autor isso não significa uma recusa ao tratamento, mas implica numa intervenção de caráter prático que remonte a cadeia das determinações normativas, das determinações institucionais e ditas científicas atrás das quais se buscou filtrar as expressões da doença mental durante muito tempo.

#### **1.3.1 Onde entram os serviços substitutivos nessa história?**

A partir das leituras realizadas até aqui percebemos que o movimento de reforma psiquiátrica propõe a extinção dos manicômios e solicita a criação de novos espaços de subjetivação para a loucura. Quando se discute a proposta reformista é preciso lembrar que reformar a psiquiatria não é apenas retirar a loucura do Hospital e pô-la em outros espaços que a aprisionem e tolham sua expressão, reformar

significa, entre outras coisas, refletir sobre o processo de exclusão social das pessoas em sofrimento psíquico.

Entretanto, é impossível negarmos que o CAPS tornou-se, em muitos locais, o ator principal do processo de reforma – Recife não foge a regra – transformando-se em indicativo dos avanços da mesma. Nosso estudo, como já citado e será mais bem explicitado no capítulo metodológico, possui como foco esses serviços, que por muitos teóricos são considerados como substitutivos aos manicômios (AMARANTE, 1998, Vieira Filho, 1988) e hoje correspondem ao maior campo de trabalho em saúde mental fora dos hospitais psiquiátricos.

Imersos no contexto da reforma Psiquiátrica, os CAPS, ao se colocarem como modelos substitutivos aos hospitais psiquiátricos, devem oferecer a seus usuários um local onde estes recebam cuidados constantes e respeitosos. De acordo com a Lei Federal nº 10.216 de 2001, e com a Portaria Ministerial nº 336 de 2002, recursos públicos devem ser mobilizados na direção da construção e manutenção de uma rede substitutiva ao modelo asilar tradicional, uma estrutura alternativa, na qual se destacam os CAPS. Estes se constituem através de uma proposta terapêutica de reabilitação psicossocial do usuário, ou seja, visualizando o contexto sócio-histórico do mesmo, objetivando sua melhor inserção na família, trabalho e comunidade.

A portaria GM 336/2002 traz alguns critérios básicos para a definição do modelo de atenção proposto pelos CAPS. A portaria estabelece os tipos de CAPS (I, II, III e adIII) e suas formas de funcionamento. A referida portaria estipula ainda que os CAPS devam oferecer a população, dentre outros recursos terapêuticos, atendimentos em grupo e individuais, atendimento a família, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades de suporte social e inserção comunitária. Estas atividades devem ser desenvolvidas em área física, independente de estruturas hospitalares e com equipe interdisciplinar própria.

De acordo com a Linha Guia de Saúde mental (SECRETARIA DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2005) embora os serviços de atenção básica, como os Postos de Saúde da Família, possam e devam atender usuários com casos mais graves de problemas psiquiátricos, em algumas situações faz-se necessário e é mais proveitoso o atendimento nos CAPS. Sendo este serviço indicado para os períodos de crise acentuada, nos quais a pessoa encontra-se com intensa desorganização psíquica, agitação psicomotora, insônia, fatores que tornam difícil a permanência do

usuário em casa. Dessa forma, os serviços oferecidos pelo modelo substitutivo buscam possibilitar um acompanhamento próximo e intenso da pessoa em crise, assim como acolher as demandas trazidas pela família em relação ao usuário.

No que diz respeito à admissão do usuário no serviço faz-se necessário compreender que esta é realizada mediante o consentimento do mesmo, sendo a admissão involuntária realizada apenas em casos extremos. O período de permanência no serviço, assim como a frequência semanal com que ele o frequentará, faz parte do projeto individual de cada usuário. Desse modo, através de conversas com o usuário, com seus familiares e outros técnicos do serviço será avaliado se a pessoa deverá ser acolhida no regime de permanência 24 horas, permanência dia, todas as manhãs, três vezes por semana ou outro arranjo que se fizer necessário (LINHA GUIA DE SAÚDE MENTAL, SECRETARIA DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2005).

Como observamos até aqui, os dispositivos legais que regulamentam o funcionamento dos serviços substitutivos discutem o formato de como eles devem funcionar. Contudo, percebemos em grande parte desse material uma ausência de aprofundamento teórico sobre os fundamentos clínicos desse processo. Tal discussão é realizada, em grande parte, por acadêmicos e trabalhadores que de algum modo estão dispostos a rediscutir conceitos antigos e propor novos modos de cuidado para as pessoas em sofrimento psíquico. O item a seguir buscará refletir sobre essa temática.

### **1.3.2 Mas, o que é mesmo atenção psicossocial?**

De acordo com Machado (1978) os modos de se pensar o tratamento em saúde mental no Brasil desde os tempos do surgimento da psiquiatria no país possuem um misto de características locais e técnicas importadas de teóricos estrangeiros.

Com o processo de reforma psiquiátrica, novas formas de cuidado precisaram ser desenvolvidas para atender as exigências desse modelo. De acordo com Birman & Costa (1998) a psiquiatria clássica desenvolve uma crise teórico/ prática decorrente das quebras paradigmáticas de seu principal objeto, a doença mental, que deixa de ser compreendida a partir de aspectos patológicos para ser encarada sob o ponto de vista da promoção de saúde.

Birman (1992) ressalta que a construção de um novo espaço social para a loucura possibilitou uma série de discussões sobre novas noções de cidadania e a forma não apenas de se pensar novos locais, mais também instrumentos técnicos e terapêuticos, e diferentes modos sociais de estabelecer as relações com as pessoas em sofrimento psíquico.

Como explicitado no final do tópico anterior nosso foco principal no referido trabalho são os serviços substitutivos, a partir de nossas leituras e observações compreendemos ser a atenção psicossocial uma das principais vertentes teóricas que embasam o funcionamento dos serviços substitutivos.

Costa-Rosa (2000) define os modos da atenção psicossocial segundo quatro aspectos fundamentais:

- (1) Pressupõe a superação do modo de relação sujeito-objeto característico do modelo biomédico e das ciências especializadas. Ressaltando a importância da horizontalização das reações entre as distintas especialidades profissionais para que se possa também desaparecer as hierarquias nas relações entre profissionais e usuários;
- (2) Preconiza a horizontalização das esferas do poder intra-organizacionais, estabelecendo que sejam definidas as esferas de poder de origem políticas daquelas cuja origem é mais operativa. Segundo o autor tais elementos são fundamentais para que o exercício da subjetivação seja singularizado;
- (3) Preconiza também a integralidade nas ações no território. Nesse sentido, o local de efetivação das práticas é deslocado do interior da instituição para ter o próprio território como local de referência.
- (4) Considera também a ética dos efeitos nas práticas profissionais, propondo uma ética que considere as necessidades subjetivas individuais, busca firmar a meta de produção de subjetividades singularizadas tanto nas relações imediatas com usuários quanto com os demais integrantes do território.

O portador de transtorno mental não pode ser exclusivamente tratado a partir da sintomatologia psiquiátrica que apresenta. Esta pessoa está imersa, como qualquer outra, em uma complexa rede de atores sociais que influenciam de forma direta ou indireta o seu psiquismo. Desse modo, o cuidado à saúde deste cliente exige uma ampla e complexa demanda que, segundo Vieira Filho (1988), justifica um atendimento psicoterápico psicossocial. De acordo com o autor tal procedimento

“fundamenta-se na dinâmica da circularidade da situação de demanda de cuidados à saúde do cliente, enquanto sujeito-social, e da resposta terapêutica influenciada pelo contexto institucional” (VIEIRA FILHO, 1988 p. 41).

A partir destas perspectivas pode-se destacar que a atenção psicossocial rompe com os conceitos tradicionais de hierarquia, promovendo um espaço de escuta e atenção onde o trabalhador em saúde mental deve buscar compreender a linguagem e as representações produzidas pelo usuário. Desta forma, a relação entre o usuário e o seu terapeuta vai de encontro à situação de opressão instituída no modelo tradicional, permitindo que o cliente tenha o direito à palavra, para que este possa se ver como sujeito social, ativo dentro do seu processo de restabelecimento. Para se atingir este tipo de relação é fundamental que o terapeuta possa se abster de uma posição de superioridade, a fim de se implicar em um processo de troca em que ele também estará aprendendo com o paciente (VIEIRA FILHO, 2003).

Para Costa-Rosa; Luzio e Yasui (2001) o engajamento sociocultural com sujeitos é fundamental para a efetivação das práticas psicossociais. O autor salienta ainda a importância de que os trabalhadores possam rever seu papel de exclusão e dominação nas práticas em saúde mental.

Em tal contexto a rede social aparece como ponto chave para o trabalho nos CAPS mostrando-se fundamental na compreensão das vivências e percepções de uma pessoa. De acordo com Sluzki (1997) a rede social pode ser concebida como a somatória de todas as relações que uma pessoa compreende como significativas ou diferencia da massa social anônima. A mesma contribui de forma substancial para a construção da auto-imagem pessoal, constituindo um dos pontos centrais da experiência individual de identidade, bem-estar, potencialidades e agenciamento de autonomia, nesse aspecto podem-se incluir os hábitos de cuidado com a saúde e a capacidade de enfrentamento durante as crises.

Esse nível de estrutura social mostra-se fundamental para a compreensão mais interna do processo de integração psicossocial, de promoção do bem-estar, de desenvolvimento da identidade, de consolidação dos processos de mudança e conseqüentemente também auxilia a compreender os processos psicossociais de desintegração de mal estar e de adoecer, de transtornos de identidade e perturbações nos processos adaptativos. Nesse contexto compreender a rede social

mostra-se fundamental para a realização de um trabalho clínico no campo da saúde mental, que mantenha uma óptica ecossistêmica responsável (SLUZKI, 1997).

Para Oliveira Silva (2007) uma grande dificuldade da clínica psicossocial, realizada por alguns grupos, é a separação realizada entre o social e o psíquico. Para suprir tais dificuldades o autor salienta a proposta da “Intensificação de Cuidados” como forma de trabalhar simultaneamente esses dois elementos numa clínica mais atuante e intensiva. Ressalta ainda que a estruturação psíquica e a pertencimento social são elementos que precisam ser trabalhados de forma integral.

A intensificação de cuidados, voltada principalmente para pessoas com histórico de reinternações em hospitais fechados, trabalha a partir das singularidades daqueles que necessitam de cuidados, considerando o contexto social e cultural no qual eles estão inseridos. A ação de diagnosticar é realizada mediante a tentativa de compreender o universo complexo de cada pessoa com suas peculiaridades psíquicas e sociais. Outro foco dessa perspectiva se refere aos investimentos em dispositivos de reinserção social para usuários e familiares acreditando nos benefícios dos vínculos estabelecidos entre eles. A psicose, nessa perspectiva, antes de ser interpretada como doença é vista como um elemento social (OLIVEIRA SILVA, 2007).

A discussão sobre a clínica psicossocial é deveras mais complexa do que o explicitado até aqui. Muitas críticas existem em torno do fato dos CAPS estarem se tornando a referência da Reforma Psiquiátrica. Desinstitucionalizar, como nos afirma Rotelli et. al. (2001), não pode ser compreendido como a simples retirada dos hospitais psiquiátricos e a criação de novos espaços de exclusão. Contudo, acreditamos que dentro dos propósitos de nosso texto as explicitações desenvolvidas são suficientes para embasar nossas discussões. O capítulo a seguir buscará compreender o trabalho em saúde sob outras dimensões.

## **2. O TRABALHO EM EQUIPE NO CONTEXTO DA REFORMA PSQUIÁTRICA.**

Após discutirmos sobre os processos de Reforma Psiquiátrica, tendo como foco central o movimento brasileiro, iniciaremos uma breve discussão sobre o processo de trabalho no campo da saúde. Tal discussão privilegiará as intervenções das equipes de saúde, focando especificamente o contexto dos serviços substitutivos em saúde mental.

Quando iniciei minhas primeiras incursões no estudo do trabalho em equipe me deparei com um campo conceitual complexo, amplo e multifacetado. Pode-se falar sobre o tema atuação em equipe nos mais diferentes contextos, sejam esses acadêmicos, educacionais, industriais, públicos ou privados.

No Brasil, a partir da década de 70, diante das políticas de cunho racionalizador adotadas pelo setor de saúde, as equipes ganharam destaque como forma de alcançar os objetivos propostos pelas novas políticas de saúde. O Movimento da Reforma sanitária atrelado às propostas de mudança assistencial deram às equipes o papel de consolidar as ações de integralidade e melhoria dos serviços (Costa, 2007).

Contudo, para ampliarmos nosso contexto de debate nossa discussão iniciará tendo como foco a estruturação dos processos de trabalho no campo da saúde. Posteriormente, abordaremos diferentes definições sobre o trabalho em equipe, fazendo uso principalmente da proposta trazida por Japiassu (1976) em seu livro *Interdisciplinaridade e Patologia do Saber*, em que o autor faz uma discussão detalhada sobre a conceituação do tema. E por fim discutiremos sobre o processo do trabalho em equipe na saúde, colocando em foco nessa discussão o trabalho em equipe no contexto dos serviços substitutivos aos manicômios.

### **2.1 Trabalho e Saúde**

Antes de iniciarmos nossa discussão sobre o trabalho em equipe propriamente dito é importante que apresentemos alguns conceitos sobre a estruturação dos processos de trabalho no campo da saúde, embora não seja nossa pretensão realizar neste espaço uma explanação detalhada do tema.

Quando observamos o processo de trabalho verificamos que o mesmo combina trabalho em ato e consumo de trabalhos feitos em momentos anteriores, ou seja, criação e reprodução são articuladas para dar origem a um novo produto. Merhy (2009) divide o processo de trabalho em dois tempos, chamando o trabalho feito em ato de “trabalho vivo” e os elementos feitos em momentos anteriores de “trabalho morto”.

Para que possamos compreender melhor esses conceitos, vejamos a adaptação de um exemplo trazido pelo próprio autor: vamos imaginar o trabalho de um artesão-marceneiro na construção de uma mesa, a escolha da madeira, o preparo da mesma, seus cortes e polimentos até alcançarmos o produto final correspondem ao *trabalho vivo*, já o processo de produção dos instrumentos – martelo, prego e polidor - que foram utilizados pelo artesão são considerados o *trabalho morto*.

O trabalho vivo envolve a dimensão de complexidade do elemento humano, seus interesse e perspectivas, é produto não apenas de individualidades mais das relações nas equipes, dos objetivos daquela produção. Merhy (2009) afirma que o trabalho vivo pode ser compreendido a partir de duas dimensões:

(...) uma, é a da atividade como construtora de produtos, de sua realização através da produção de bens, de diferentes tipos, e que está ligada à realização de uma finalidade para o produto (para que ele serve, que necessidade satisfaz, que “valor de uso” ele tem). A outra dimensão é a que se vincula ao produtor do ato, o trabalhador, e sua relação com seu ato produtivo e os produtos que realiza, bem como com suas relações com os outros trabalhadores e com os possíveis usuários de seus produtos. (MERHY, p.2, 2009)

A micropolítica do processo de trabalho deve ser compreendida como um palco de disputas entre diversas forças que buscam instituir-se. Tais forças estão presentes, clara ou ocultamente nos modos de produção, muitas vezes absorvidos como trabalho morto, ou mesmo em algumas formas de produção do trabalho vivo. Também devem ser consideradas as forças presentes no imaginário, nos desejos de

cada trabalhador, como no campo do conhecimento que os coloca enquanto agentes ativos do processo (MERHY, 1997).

Tendo em vista a complexidade que envolve o homem e seu trabalho podemos imaginar a gama de elementos que estão envolvidos no momento em que ações e práticas há muito instituídas necessitam ser modificadas. A modificação de componentes de ação no trabalho necessita ser trabalhada progressivamente com os distintos atores envolvidos no processo.

Para Rotelli (2001) muitas das experiências de Reforma da Psiquiatria, nas quais serviços alternativos aos hospitais foram criados, fracassaram pela falta, nesses novos espaços, de modificações nas relações com o trabalho. Nesses locais não foi possibilitado um desmonte de valores inerentes a antigos processos, assim como, a dissolução de ideias e protocolos de ação, metas e estilo de trabalho dos profissionais.

Para que se ponham em prática as propostas trazidas pela Reforma, é importante que tenhamos em mente o arcabouço de mudanças no “saber fazer” de cada profissional que estão sendo modificadas com a incorporação do “novo” paradigma. Estamos falando em modificar anos de práticas que desconsideravam a singularidade e as potencialidades da pessoa em sofrimento psíquico.

Merhy (1997) chama a atenção para o fato de que as discussões sobre a mudança do processo de trabalho na saúde como um todo não são novas. O autor ressalta também que em tais processos, como em outros modelos de produção, o desenvolvimento de novas tecnologias dá aos profissionais da área novas formas de conceber o seu fazer profissional e a relação com seus usuários.

Para Merhy e Franco (2003) as mudanças no modelo técnico-assistencial para a saúde dependem em grande escala das produções que se dão nos espaços de micropolítica de organização dos processos de trabalho, ficando em segundo plano as normas gerais que buscam estruturar o sistema como um todo.

Nesse contexto, quando pensamos diretamente a realidade da saúde mental, podemos perceber o quanto o crescente desenvolvimento da tecnologia dos psicofármacos possibilitou novas formas de pensar e estruturar as relações com o louco, principalmente no que diz respeito ao processo de desospitalização. De acordo com Basaglia (2005) os fármacos produziram uma nova realidade entre o doente e sua doença, uma vez que a liberdade que fora tirada do louco por sua doença, fora a ele restituída pela ação dos psicofármacos.

A introdução de um novo elemento, nesse caso os psicofármacos, gerou a necessidade de uma reconfiguração do saber fazer dos profissionais inseridos nesse contexto. A partir desses pressupostos podemos perceber o quanto, o processo de trabalho em saúde, assim como nas demais áreas, é atravessado por diversas lógicas instituintes. Contudo, é válido salientar que a lógica do jogo de produção na saúde é bastante singular em relação a outras áreas, uma vez que, o consumo e as necessidades de trabalho são dinâmicos, fazendo com que tais processos estejam sempre se reconfigurando e se reestruturando. (MERHY, 1997)

Outra ideia que não podemos deixar de ressaltar é que quando se trata do trabalho em saúde, a incorporação de uma nova tecnologia não é por si só a garantia de que novas propostas de intervenção sejam legitimadas. Basaglia (2005) ressalta que os psicofármacos, apesar de serem uma possibilidade de libertação para os portadores de sofrimento psíquico, por si só não garantiram a desinstitucionalização dessas pessoas. Novos elementos subjetivos necessitaram ser introduzidos para que o paradigma Antimanicomial começasse a ser instituído.

De acordo Merhy (1997) quando lidamos com instituições de saúde, a mera existência de duas pessoas em um ato de produção e consumo gera uma relação de trabalho altamente complexa. Quando pensamos em um serviço de saúde com mais de 30 trabalhadores a complexidade das relações é elevada, principalmente quando consideramos o conjunto dos autogovernos em atuação e dos processos instituintes e instituídos que atravessam as mesmas.

Nesse contexto, ao buscarmos mudanças no processo institucional de determinado serviço devemos ter em mente que não é suficiente possuímos o controle de uma fórmula para a ação, com técnicas puramente administrativas, mesmo essas sendo de suma importância para a efetivação de tal processo. (MERHY, 1997). O elemento humano é fundamental para que tais tecnologias sejam utilizadas de modo mais eclético e efetivo, possibilitando assim novos modos de ação sobre os instrumentos em questão.

Campos (1992) afirma que a adesão dos trabalhadores a uma nova proposta de ação em saúde, dependeria do reconhecimento de que este novo estilo de atuação seria de fato possível. A revolução dos processos cotidianos no campo da saúde passa por uma nova forma de olharmos a clínica, a saúde pública e também pela incorporação de novos modos de gerir e distribuir o poder nas instituições, sendo possível a distribuição de distintas cotas de responsabilidade e autonomia.

Para Campos (1999) a cultura e a subjetividade de uma instituição são construções, produções da interação entre distintos sujeitos e suas relações de poder. A forma como cada equipe será gerida interfere diretamente na forma de comportamento e postura de seus integrantes. Uma estrutura de poder extremamente verticalizada, com predominância de decisões centralizadas, tende a estimular descompromisso e alienação entre a maioria dos trabalhadores. Um sistema de trabalho que seja focado nos procedimentos e não priorize a produção de saúde, tende a diminuir o grau de implicação entre equipe e usuários.

Contudo, para que os trabalhadores possam incorporar novas possibilidades em torno do seu modo de atuação profissional, faz-se necessário que sejam modificados vários elementos do seu universo teórico e prático. Um elemento que se mostra imprescindível para tais mudanças diz respeito às novas possibilidades de formação para os profissionais das distintas especialidades.

Vilela e Mendes (2003) afirmam que as modificações exigidas pela nova proposta de atenção dependem de mudanças no sistema de formação dos profissionais da saúde. A integração dos projetos curriculares e a incorporação de diferentes disciplinas ao processo de formação dos profissionais são de fundamental importância para que surjam trabalhadores mais comprometidos com a realidade da saúde e com suas possíveis transformações.

## **2.2 A interdisciplinaridade como foco do trabalho em equipe**

Quando falamos do trabalho em equipes no campo tema saúde, a palavra interdisciplinaridade tem sido cada vez mais usada. Essa palavra vem sendo utilizada com os mais diferentes sentidos e para os mais diferentes objetivos.

A busca de uma unidade para o saber sempre existiu, de alguma forma, ao longo da história da produção de conhecimento. Contudo, as discussões sobre interdisciplinaridade, tal como a compreendemos hoje, surgem no século XX com o debate, a partir dos anos 60, acerca da necessidade de intervenções sobre o conhecimento fragmentado. (MINAYO, 1994)

Nesse contexto, vale a pena salientarmos que a discussão em torno do tema interdisciplinaridade é uma questão epistemológica, que há muito vem sendo discutida por várias vertentes da ciência (MINAYO, 1994). Para Minayo (1994)

quando observamos as referidas discussões percebemos o quanto elas podem ser confusas e são utilizadas para tratar de realidades e de propósitos os mais diversos.

Inicialmente para que possamos compreender o termo interdisciplinaridade, faz-se importante que possamos entender o significado da palavra disciplina. Para Japiassu (1976) disciplina possui o mesmo sentido que ciência. Sendo a disciplinaridade, por sua vez, a exploração científica especializada de determinado domínio homogêneo de estudo, caracterizada por um conjunto ordenado e sistemático de conhecimentos que apresentam características próprias nos planos do ensino, da formação, dos métodos e das matérias.

As “disciplinas científicas”, sobretudo a partir do século XIX, são marcadas pelo especialismo exacerbado, que segundo Japiassu (1976) culmina numa fragmentação crescente do que seria um horizonte epistemológico. No caso das ciências ditas do homem, o modelo de pensamento positivista aparece como o grande responsável pela situação de fragmentação das disciplinas.

O modelo de pensamento desenvolvido por Descartes, através do método da racionalização do conhecimento proporcionou uma verdadeira simbiose entre a ciência e a técnica. O referido método pregava a decomposição de questões complexas em partes menores e mais simplificadas, e o seu uso resultou num processo de fragmentação do saber. Tal proposta atendia a crescente demanda das indústrias que necessitavam, cada vez mais, de especialistas. Sendo, nesse contexto, o século XIX, marcado pela consolidação das especializações (ALMEIDA FILHO, 2007).

Minayo (1994), ao realizar um estudo sobre os distintos usos do termo interdisciplinaridade, sistematiza as teorizações realizadas sobre o tema a partir de três perspectivas. A primeira, bem representada pela obra de Gusdorf (1974), concebe a interdisciplinaridade como busca da totalidade do conhecimento. A segunda, defendida por Carneiro Leão (1991, *apud* MINAYO 1994), concebe a interdisciplinaridade como funcionalidade da ciência e da tecnologia. Já a terceira, desenvolvida por Habermas (1999), compreende a interdisciplinaridade como razão comunicativa.

Gusdorff (1974) ao teorizar sobre a interdisciplinaridade chama a atenção para as práticas epistemológicas divididas, ressaltando que a exacerbada especialização provoca uma “esclerose mental”, correndo-se o risco que o conhecimento se dissocie da realidade humana e fique apenas em um plano teórico. Para o autor o

projeto interdisciplinar compreende a colocação dos distintos saberes em um lugar comum e não apenas de uma forma justaposta, procurando e interligando os limites entre cada disciplina, num movimento de cooperação mútua, diálogo e fecundação.

Para Carneiro Leão (1991, *apud* 1994) a ciência moderna possui como conceito central a funcionalidade, sendo o primeiro agente da modernidade funcional a disciplinaridade da pesquisa. Para o autor a interdisciplinaridade seria uma construção funcional dada pelo desenvolvimento da ciência e inerente a ela. Sob este foco a interdisciplinaridade é vista como processo intrínseco a ciência, ou a evolução dela, produção de conhecimento que não necessita ser medida, contabilizada, programada, ou mesmo, explicada.

A proposta desenvolvida por Harbemas (1999) busca uma cooperação interdisciplinar. Em sua proposta a filosofia sairia de seu lugar de “tribunal da razão” passando a funcionar como mediadora entre os distintos especialistas. A cooperação interdisciplinar buscaria ser crítica em relação às diversas formas de racionalidade técnica e instrumental, assim como, as diversas inserções que a ciência e as tecnologias sofisticadas realizam no que o autor chama de “mundo vital”.

Aqui debateremos com mais atenção as conceituações trazidas por Jantsch (1972) e discutidas por Japiassu (1976), discípulo brasileiro das idéias de GUSDORFF. Tal modelo também é debatido por Vasconcelos (2002) no contexto da saúde mental.

Observarmos, ao longo de nossas leituras e discussões que a referida proposta de composição da interdisciplinaridade se aproxima bastante do referencial de trabalho debatido pela Reforma Psiquiátrica, tendo em vista seus ideais de dissolução de hierarquias e valorização de múltiplos saberes.

Nesse momento, é importante ressaltarmos que segundo Japiassu (1976) a utilização de termos como multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, entre outros, só nos são úteis à medida que nos auxiliam a compreender o verdadeiro sentido de interdisciplinaridade. Sendo esse último, para o autor o mais adequado para exprimir o papel atual da epistemologia nas ciências humanas.

Os referidos teóricos, Jantsch (1972), Japiassu (1976) e Vasconcelos (2002) dividem a atuação em equipe em cinco vertentes:

A *multidisciplinaridade* é definida como a presença, na mesma instituição, de distintas especializações que, a não ser por um sistema de referência e contra-referência, não se comunicam entre si (VASCONCELOS, 2002).

A *pluridisciplinaridade* corresponderia à justaposição de disciplinas que, em geral, estariam situadas no mesmo nível hierárquico, estando agrupadas de modo a evidenciar as relações existentes entre elas (JAPIASSU, 1976). Podemos utilizar como exemplo às reuniões técnicas em que vários especialistas se reúnem, para trocar pontos de vistas, cada um dentro de sua área de atuação e saber (VASCONCELOS, 2002).

A *interdisciplinaridade auxiliar* é entendida como a junção de saberes de distintas disciplinas para o domínio de uma disciplina já existente, sendo esta última o campo receptor e coordenador das demais. Podemos utilizar como exemplo um manual de psiquiatria em que além dos aspectos nosográficos de cada caso, também leve em consideração, aspectos sociais e psicológicos no diagnóstico (VASCONCELOS, 2002).

Já a *interdisciplinaridade é definida* como uma prática estrutural que permite a reciprocidade, o enriquecimento mútuo e tende a relações profissionais horizontais. Nesse contexto, a prática interdisciplinar exige uma problemática comum, em que sejam elaboradas estratégias teóricas e políticas sobre a sua ação. É marcada por uma fecunda interação e aprendizagens mútuas “que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação de elementos internos” (VASCONCELOS, 2002, P. 47). Japiassu (1976) ressalta que o que irá caracterizar a interdisciplinaridade será a intensidade com que se darão as trocas de saberes entre os diversos especialistas e o grau de integração real das disciplinas no interior de um projeto específico de trabalho.

A *transdisciplinaridade*, por fim, pode ser compreendida por uma extrema ampliação do conceito anterior do qual decorreria o surgimento de um novo campo de atuação. Nessa modalidade de interação todas as disciplinas coordenam e são coordenadas, umas pelas outras, ao mesmo tempo, sob a luz de uma axiomática geral. Nesse momento de interação, seria criado um novo campo de saber com autonomia teórica, disciplinar ou operativa própria, como a ecologia, por exemplo. (VASCONCELOS, 2002).

Após termos realizado esse momento, mais voltado à discussão do conceito de interdisciplinaridade, a próxima seção buscará abranger o processo do trabalho em

equipe nos serviços de saúde, tendo como foco principal essa experiência nos serviços substitutivos de saúde mental.

### **2.3 O trabalho em equipe no espaço dos serviços substitutivos**

Na presente seção iremos nos deter as discussões sobre o trabalho em equipe nas instituições de saúde. De acordo com Japiassu (1976) apenas um trabalho em equipe multi ou interdisciplinar é capaz de permitir uma divisão racional do trabalho, aumentando, assim, sua eficácia e sua produtividade.

Contudo, antes de entramos na discussão das especificidades do trabalho em equipe na saúde mental, é importante explicitar como definimos o termo equipe, tendo em vista que já foi discutido aqui o que compreendemos por interdisciplinaridade.

Marina Peduzzi (2001) afirma que podemos pensar em equipe a partir de duas noções. A primeira pode ser entendida como um agrupamento de agentes e a segunda como a integração de trabalhos. O primeiro caso é marcado pela fragmentação e o segundo pode ser aproximado das articulações pertinentes à proposta de integralidade em saúde.

Na equipe entendida como agrupamento ocorrerá à justaposição de ações e a afluência de agentes. Na equipe integração iremos perceber a articulação das ações e a integração dos agentes. Um elemento que pode ser percebido nas duas modalidades técnicas diz respeito aos trabalhos especializados e as desigualdades de valores atribuídos às distintas especialidades desse meio. Tais elementos marcam a passagem da especialidade técnica para a hierarquia de trabalhos. Podemos notar também em ambos os casos tensões referentes às distintas concepções e as possibilidades de autonomia das técnicas, assim como entre a possibilidade de autonomia das práticas versus a possibilidade de complementaridade objetiva de saberes. (PEDUZZI, 2001).

Marins (2007) salienta que tal postura de desintegração de saberes, no Brasil, possui como foco um modelo hegemônico de atenção à saúde que predominou principalmente nos anos setenta, sendo associado à reforma do ensino no respectivo período, que proporcionou uma formação educacional voltada para a especialização. Os conteúdos dos cursos de saúde eram transmitidos de maneira fragmentada, as “grandes áreas do conhecimento” foram subdivididas em disciplinas

menores, e, além disso, os espaços de aprendizagem dos referidos profissionais ficaram restritos aos hospitais.

Tal formação, como se pode observar, interfere diretamente no modo como os profissionais emergentes desse processo interagem e atuam em suas referidas instituições de trabalho. Algumas iniciativas no sentido de uma educação mais integral, voltada aos processos interdisciplinares foram desenvolvidas por profissionais de centros educacionais pelo país, como relata Ivani Fazenda (2000) em seu livro *interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa*.

Segundo Fazenda (2000), a partir da observação de professores que buscavam atuar de forma interdisciplinar no contexto das salas de aula, as grandes questões a serem enfrentadas no que se refere à prática interdisciplinar dizem respeito à dicotomia entre teoria e prática. Para a autora, um dos passos para vencer tal obstáculo seria que os profissionais que se propusessem a realizar práticas interdisciplinares também se comprometessem a realizar exercícios de descrição e análise de suas práticas.

De acordo com Peduzzi (2001) no plano retórico, o trabalho em equipe é considerado o ideal das práticas em saúde, tendo nos últimos anos assumido um lugar de “tabua de salvação” para diversos conflitos entre os distintos atores e suas especialidades nas equipes multiprofissionais. A autora também alerta para o fato de que pessoas que trabalham juntas, em uma mesma instituição, não necessariamente compõem uma equipe interdisciplinar.

Para Costa (2007) a efetivação de um trabalho em equipe demanda a reestruturação dos papéis, das relações de poder e dos conteúdos instituídos que venham a dificultar o trabalho existente.

De acordo com Tavares (2005) no campo da saúde mental, o paradigma da atenção psicossocial, ganha força e trás com ele o modelo de interdisciplinaridade como ideal de ação para as equipes de saúde mental. Tal modelo foca a proposta de horizontalização das relações intrainstitucionais.

Costa-Rosa (2000), ao fundamentar os pressupostos da atenção psicossocial, modelo central dos CAPS, afirma que a implantação da proposta de diluição das relações sujeito-objeto nos serviços substitutivos não pode ser efetivada a menos que sejam dissolvidas as hierarquias entre as distintas especialidades profissionais. Para o autor não é possível pensarmos em uma nova postura frente aos usuários de um serviço se também não repensarmos as diversas possibilidades de

hierarquização presentes entre as distintas categorias profissionais que os compõem.

Nesse contexto, podemos perceber que, no tocante aos serviços substitutivos aos manicômios, é a partir da proposta de atenção psicossocial que a noção de interdisciplinaridades adentra em tais espaços. Costa-Rosa (2001) ressalta que o princípio da integralidade, que também permeia as práticas dos referidos locais, implica uma série de modificações no saber fazer de seus trabalhadores, sendo tais ações a base para a efetivação de um princípio de cidadania dos trabalhadores em saúde mental que seja coerente com a meta de singularização proposta pela reforma.

Tal compreensão da realidade no contexto do adoecer psíquico compreende uma série de elementos que transcendem os limites da disciplinaridade. Nesse contexto, a prática interdisciplinar aparece como fundamental para que possamos compreender as idiossincrasias da pessoa em sofrimento psíquico. (SILVA & TAVARES, 2003).

Para Nunes (2002) as práticas interdisciplinares perpassam todas as áreas do conhecimento sem distinções. Na área da saúde tais práticas constituem um local privilegiado para que se repensem antigos conceitos, renovando-se a forma de se pensar a saúde, a concepção de adoecer e a prestação de serviços.

Silva e Tavares (2003) ressaltam que no que compete a saúde mental as experiências de ação interdisciplinar são enfrentadas como um desafio tendo em vista a gama de especialidades profissionais que estão envolvidas na prática psicossocial. Para os autores as possibilidades de integração profissional permitem o exercício do pensamento complexo, que corresponde ao pilar de sustentação epistemológica do paradigma da atenção psicossocial.

A compreensão de um sujeito integral, entendido em sua complexidade dentro do processo saúde-doença, segundo Silva e Tavares (2003), passa necessariamente por uma abordagem interdisciplinar que busque romper os limites entre as distintas disciplinas e modos de produzir conhecimento.

A produção de conhecimento em torno da saúde mental cada vez mais é complexificada e ampliada. É exigido do profissional que se propõe a atuar na referida área que leve em conta todas as dimensões do sujeito, as dimensões psíquica, biológica, social, religiosa etc. O fazer profissional nesse contexto exige que os distintos atores atuem juntos na construção de um projeto terapêutico

singular para cada usuário e que atenda a dimensão de complexidade do seu adoecer e de seu restabelecimento, pensando-se a saúde não apenas como a ausência de doenças, mas vislumbrando um plano de integração e exercício da cidadania dessas pessoas.

Para Silva e Tavares (2003) a busca de uma prática interdisciplinar em saúde mental implica na superação de fronteiras entre as diversas disciplinas. Para tal ação é importante que haja espaços comuns entre os diversos atores envolvidos no processo, que se estabeleçam diálogos e processos de integração mais profundos.

Contudo, tendo em vista o universo multifacetado que envolve as práticas interdisciplinares em saúde, percebemos que ainda temos muito que apreender. Muitas dificuldades teóricas e práticas são percebidas durante a efetivação desse processo. Figueira Penido (2002) afirma, por exemplo, que não raro observa-se nas equipes de saúde mental o uso do termo interdisciplinaridade confundido ao termo multiprofissional, fazendo-se supor às equipes multiprofissionais um exercício interdisciplinar, o que nem sempre é verdadeiro.

Tais dificuldades de ajuste conceituais não são percebidas exclusivamente nos espaços dos serviços, locais que podemos considerar em que estas práticas ainda estão em processo de construção. Alguns dos textos seminais do processo de Reforma Psiquiátrica e também a própria legislação que implementa a atuação dos profissionais nos serviços substitutivos, mostram-se bastante ambíguos e em alguns casos pouco específicos no que diz respeito as práticas profissionais que devem ser realizadas nesses espaços.

No caso do texto da III Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 2002, a discussão parece bastante clara e avançada, com a definição de que os CAPS devem ser compostos por equipes interdisciplinares. Entretanto, a publicação Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial (2004), ao tratar do funcionamento das equipes nos serviços, utiliza como sinônimos os termos multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, o que evidencia que as discussões sobre o tema ainda necessitam ser ampliadas e melhor esclarecidas.

É interessante ressaltarmos também que tais manuais e documentos, ou mesmo a lei nº 10.216/2001 ou a portaria nº336/2002, que versam sobre a estruturação dos novos serviços e formação das equipes não trazem marcos teóricos que delimitem o que se compreende por trabalho em equipe, por trabalho multiprofissional ou mesmo por ação interdisciplinar.

Tendo em vista os elementos discutidos até aqui, percebemos o quando são válidas e se justificam propostas de trabalho que busquem compreender como os profissionais, no dia a dia dos serviços substitutivos, estão interpretando os fazeres e as práticas que perpassam a atuação em equipe.

### **3. ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA**

Este capítulo possui como objetivo principal aproximar o leitor da abordagem teórico-metodológica adotada no desenvolvimento na presente pesquisa tendo em vista ser esse ponto fundamental para o desenvolvimento da mesma. A partir das definições desenvolvidas aqui, lançaremos nosso olhar sobre todos os componentes da pesquisa, desde os elementos temáticos, a produção do material para inserção nos serviços, até a análise das produções desenvolvidas no campo.

A abordagem teórico-metodológica adotada neste trabalho é a Psicologia Social Discursiva ou Psicologia Discursiva, uma abordagem construcionista, no interior da psicologia social, que vem desenvolvendo nas últimas décadas estudos originais e esclarecedores acerca de velhas e novas temáticas da psicologia social. Os autores que serão apresentados e discutidos no decorrer do capítulo em sua maioria pertencem à vertente inglesa da abordagem discursiva. Entretanto, as discussões levantadas por outros pesquisadores brasileiros também serão trazidas a tona à medida que nos auxiliem a compreender a temática aqui discutida, como por exemplo, os pesquisadores pertencentes ao Núcleo de Práticas Discursiva e Produção de Sentidos da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP.

O referido capítulo será iniciado com uma pequena discussão sobre o construcionismo em psicologia social: suas origens e alguns conceitos centrais. Seguiremos tratando da psicologia social discursiva e posteriormente destacaremos os conceitos de análise do discurso e jogo de posicionamentos como forma de compreender melhor a proposta teórica desenvolvida até então.

#### **3.1 Compreendendo o “Movimento” Construcionista**

O construcionismo nasce em um momento histórico em que a psicologia social passa por uma série de questionamentos. Desde o final dos anos 60 e início dos anos 70 a psicologia social vinha passando por um momento que ficou

conhecido como crise da psicologia. Período em que seus pressupostos teóricos, metodológicos e práticos foram questionados.

Ibáñez (2003) afirma que havia duas correntes principais de críticas à psicologia, uma de caráter epistemológico e a outra de caráter teórico. Enquanto a primeira discutia a aceitação acrítica dos postulados teóricos positivistas e neo-positivistas pela psicologia social, a segunda criticava a falta de implicação social e a escassa utilidade prática das investigações realizadas pela disciplina.

Desse modo, o construcionismo surge como uma reação “mais elaborada” a uma série de questionamentos que já perduravam há mais de duas décadas. Kenneth Gergen publicou em 1982 o texto que marcou o surgimento do construcionismo social na psicologia “*Toward Transformation in Social Knowledge*”. Tal livro possui um rigor epistemológico e uma densidade filosófica pouco habituais no âmbito da Psicologia Social. Entretanto, o termo construcionismo social foi utilizado pela primeira vez por Gergen em 1985, em um artigo intitulado “*The social constructionist movement in modern psychology*”.

Buscar definições para o construcionismo não é tarefa das mais fáceis, vários autores em diferentes contextos procuraram discutir a referida temática. Aqui adotaremos a definição trazida por Gergen (1985), quando este se refere ao construcionismo social como um movimento, um conjunto de elementos teóricos em progressão, com limites indefinidos, que se intercambia com outras formas de saberes. Volta-se para a descrição de processos, observando como cada pessoa descreve, explica ou mesmo significa o mundo e a si mesma (GERGEN, 1985).

Ibáñez (2003) ressalta que o construcionismo deve ser pensado mais em sua dimensão instituinte que instituída, deve-se destacar sua ressalva pelo processo e não por um produto mais ou menos acabado. O autor ressalta que o construcionismo deve ser comparado a um arquipélago, mais ou menos disperso e não a um maciço continente teórico.

É importante considerarmos que o construcionismo não surge como uma idéia, se é que o podemos denominar como tal, isolada. Ele surge entre uma efervescência de novas concepções teóricas dentre as quais se destacam as discussões trazidas por Michel Foucault; o giro lingüístico discutido pela escola de Oxford; o pragmatismo representado por Richard Rorty; o crescente reconhecimento atribuído ao pós-estruturalismo; as contribuições do paradigma da complexidade; a

crescente atenção dada a discursividade; e as discussões da corrente pós-modernista (IBÁÑEZ, 2003).

De acordo com López e Moya (2003) a questão central dos argumentos construcionistas refere-se à idéia de que é impossível produzir um conhecimento que esteja livre das marcas, dos elementos sociais que o cercam. Nesse sentido, até mesmo o simples conhecimento de um objeto ou fenômeno seria influenciado pelo contexto social no qual o mesmo estaria inserido, ou seja, dependeria das convenções sociais e históricas situadas em uma tradição cultural específica.

Se a partir da premissa anteriormente referida fomos tomar como exemplo o objeto central do presente projeto, o trabalho em equipe, devemos pensar que ao estudá-lo não poderíamos deixar de considerar os elementos sociais, históricos e culturais que o cercam. Ou seja, em primeiro lugar não podemos deixar de pensar que não se trata de qualquer tipo de trabalho em equipe, o que buscamos compreender, trata-se do trabalho no contexto dos serviços substitutivos. Devemos pensar também que tais serviços estão envoltos em um processo histórico bastante polissêmico e em processo de reestruturação, que é o contexto da reforma psiquiátrica. Não poderíamos deixar de considerar ainda que a própria noção de trabalho, e de atuação em equipe não possui hoje o mesmo significado que possuía há dez ou vinte anos atrás, e de que não estamos falando de qualquer tipo de trabalho, estamos focando o trabalho no campo da saúde. Ou seja, podemos afirmar que a perspectiva construcionista nos convida a uma complexificação/ampliação do objeto a ser pesquisado.

Spink (2004), nesse contexto, ressalta que as reflexões trazidas por Gergen diferem das perspectivas inicialmente postas por transferir o *locus* da explicação dos processos de conhecimentos internos a mente para o mundo exterior dos processos e estruturas da interação humana.

O posicionamento proposto pelo construcionismo perante o conhecimento sugere que abduquemos da visão representacionista do conhecimento, a qual tem como princípio a mente como espelho da natureza. Deve-se, portanto ver o conhecimento não como uma coisa que as pessoas possuem em suas cabeças e sim como algo que constroem em convívio umas com as outras. Dessa forma, aquele que se dispõe a adotar a postura construcionista deverá esforçar-se para “desconstruir” noções a muito pregadas por nossa cultura (SPINK, 2004).

Pode-se afirmar que a busca em compreender a pessoa como imersa em um universo historicamente construído, leva a adoção de uma postura que não vê o conhecimento nem como uma incorporação dos processos sociais nem como uma exteriorização dos processos intersubjetivos. A pessoa é vista como proprietária de uma realidade histórica e culturalmente datada.

Considerando os aspectos discutidos até aqui, podemos afirmar que a partir do momento em que compreendemos o conhecimento como uma construção social, passamos a olhar as pessoas, suas práticas, valores e características como fazendo parte de um dado contexto histórico/social. O ser humano do século XXI guarda alguns traços de seus antepassados, contudo sua forma de dar sentido ao mundo é bastante distinta.

Toda proposta de estudo surge de uma inquietação, de um estranhamento sobre algum aspecto da realidade dada, sentimentos estes, muitas vezes, seguidos por um anseio em pensá-la de modo diferente. Segundo Spink (2004) o construcionismo social aparece como uma vertente que questiona a realidade posta como uma condição absoluta que se esgota em si mesma. Essa corrente de pensamento ressalta o caráter contingente da verdade.

O construcionismo trata dos diversos projetos sociológicos, fisiológicos e históricos cujos objetivos seriam a análise de interações sociais historicamente datadas e/ou o percurso tratado por algum fato ou entidade da atualidade (Spink, 2004).

A abordagem construcionista concebe a linguagem como ação, como uma prática social produtora de conseqüências. Dessa forma, ela busca trabalhar a interface entre os aspectos performáticos da linguagem e as condições em que esta é produzida (Spink & Medrado, 2004). Nesse ponto, é interessante ressaltar que a captação das produções lingüísticas não se restringe a análise de produções orais, um texto escrito, por exemplo, é concebido como um *“ato de fala”* impresso à medida que compreendemos que uma pessoa ao produzir um texto dialoga com vozes internas e mesmo dirige-se a um outro enquanto produz. A partir disso, as produções de rádio, televisão e *sites* de internet também são entendidas como atos de fala.

Emerson Rasera e Marisa Japur (2005), a partir das leituras de autores construcionistas como Burr (1995), Nightingale & Cromby (1999) e do próprio Gergen (1999), trazem quatro ênfases centrais para a perspectiva construcionista:

(a) A especificidade cultural e histórica das formas de se conhecer o mundo; (b) A primazia dos relacionamentos humanos na produção e sustentação do conhecimento; (c) A interligação entre conhecimento e ação; e (d) A valorização de uma postura crítica e reflexiva.

*A especificidade cultural e histórica das formas de se conhecer o mundo* se refere à premissa de que a realidade não demanda formas específicas de descrição, não existindo uma relação de necessidade entre as palavras e a realidade que elas descrevem. Entretanto, quando fazemos uso de uma palavra em uma ocasião X, realizamos uma opção que definirá a realidade circunscrita de forma específica. Ou seja, ao utilizarmos uma palavra Y numa ocasião X estamos construindo a realidade que circunscreve essa ação. Nesse sentido, uma palavra utilizada para definir determinado objeto ou situação poderá vir a sofrer várias transformações ao longo do tempo. (RASERA E JAPUR, 2005).

*A primazia dos relacionamentos humanos na produção e sustentação do conhecimento* implica considerar que construção e explicação de uma dada realidade, ou situação social, ocorrem de forma coletiva, através da interação entre distintas pessoas. Os significados que as palavras possuem dizem respeito aos seus usos no contexto social de interação no qual estão inseridas (RASERA E JAPUR, 2005).

*A interligação entre conhecimento e ação*, sugere que as diferentes formas de descrever o mundo implicam distintas formas de agir socialmente. As descrições e explicações que são produtos das interações sociais, “servem para sustentar determinadas formas de viver e agir no mundo” (RASERA E JAPUR, 2005, P.3).

Por último Raserá e Japur (2005) discutem *a valorização de uma postura crítica e reflexiva*, por parte dos autores construcionistas, que se dispõe a não aceitar as verdades que circulam na sociedade sem repensar o contexto e as funções para as quais as mesma foram construídas. Pontuam também a importância de que seja repensado aquilo que é tido como certeza em nossa sociedade, para que possamos refletir sobre os diferentes usos e finalidades dessas verdades e sobre os interesses que elas atendem.

Nesse contexto, pensar a discussão sobre saúde mental do ponto de vista construcionista apresenta-se extremamente pertinente, uma vez que, tal temática de estudo vem, há alguns anos, passando por um processo de questionamento e reestruturação de saberes. Alguns conceitos, como cura, saúde, cuidado e o próprio

conceito de loucura vêm sendo problematizados por diferentes autores (Foucault, 1972; Castel 1991; Basaglia 2005; Rotelli at. all, 2001; entre outros)

### **3.2 A Psicologia Social Discursiva**

Dentro da perspectiva construcionista nos cabe destacar a psicologia social discursiva como vertente teórico-metodológica com a qual lançaremos o olhar sobre nosso material discursivo. Compreendida como um tipo particular de análise do discurso, a psicologia social discursiva possui como característica um desenvolvimento engajado a um nível teórico, metodológico e conceitual (POTTER, 2003).

Pode-se observar que a atividade discursiva envolve quatro elementos fundamentais: a ação, a construção, a retórica e a variabilidade. O estudo desses elementos é bastante complexo e exige a compreensão de alguns elementos que perpassam o estudo da psicologia discursiva.

Potter e Wetherell (1987) afirmam que a psicologia discursiva possui como bases teóricas três correntes de pensamento: a teoria dos atos de fala, a etnometodologia e a semiologia.

A primeira perspectiva, dos atos de fala, desenvolvida pelo filósofo John Austin (1955) é trazida em seu princípio fundamental como uma teoria que não distingue as sentenças que produzem coisas das sentenças que dizem coisas. O autor considera que os discursos à medida que são utilizados para falar sobre uma determinada coisa também são utilizados para construí-la, possuindo, para isso, um significado e uma força.

A partir desses pressupostos de Austin (1955) podemos considerar três elementos na fala de um interlocutor. Primeiro, ele pronuncia uma sentença com um sentido específico. Segundo, tal sentença ao ser pronunciada possui uma força específica, que pode ser a força de um pedido, uma ordem, ou mesmo uma súplica desesperada, por exemplo. O importante a ser destacado é que tal força aparece dissociada de seu significado. O terceiro elemento é referido por Austin como as possíveis conseqüências produzidas pelos dois primeiros, sendo dos três elementos o de mais difícil precisão.

Potter e Wetherell (1987) consideram que a teoria proposta por Austin representa uma ruptura com as filosofias anteriores que buscavam trabalhar com a linguagem, por que recoloca a mesma como uma prática humana. Ou seja, pessoas utilizam a linguagem como ferramenta para fazer coisas.

A etnometodologia, proposta por Harold Garfinkel, possui como objetivos básicos estudar os métodos utilizados pelas pessoas para descrever o mundo social de modo racional, adequado e justificável. Desse modo, um de seus principais focos de estudo são os métodos desenvolvidos nas produções e descrições factuais (POTTER, 1998).

De acordo com Garfinkel (1987) a etnometodologia faz referência a:

(...) um estudo sobre a organização do conhecimento de um membro sobre suas atividades ordinárias; sobre seu próprio empreendimento organizado, onde o conhecimento é tratado por nós como parte do mesmo ambiente que ele também organiza (Garfinkel, 1987, p.18)

Spink e Frezza (2004) afirmam que a etnometodologia possui como objetivo a busca por analisar a racionalidade do senso comum, almejando entender como os atores sociais o apreendem e compartilham. Nesse contexto, Garfinkel pressupõe que o compartilhamento cognitivo – do qual dependeriam a interação e a comunicação - resultaria “de uma multiplicidade de métodos tácitos de formas de raciocinar” (p. 35).

De acordo com Potter (1998) a etnometodologia possui três conceitos indispensáveis a compreensão de sua proposta: a indexicalidade, a reflexividade e o método documental de interpretação.

A indexicalidade possui como princípio fundamental a idéia de que o significado de uma palavra ou expressão depende do contexto no qual é usado. Ou seja, o estudo de uma expressão não levará a um significado satisfatório se não compreendermos o contexto no qual ela foi empregada (POTTER, 1998).

A reflexividade indica que as descrições não somente descrevem fatos, mas também os constroem. Nessa perspectiva os fatos não são meras descrições de facetas do mundo, são também intervenções sobre este, ou seja, a “realidade” é construída ao mesmo tempo em que é descrita (POTTER, 1998).

Garfinkel elaborou o conceito de método documental a partir da idéia de que quando as pessoas se propõem a compreender episódios sociais, elas o fazem em função de expectativas, modelos e noções prévias. Para Garfinkel (1987) o método documental diz respeito a tratar um aspecto real como se fosse: um documento; um indicador de algo; ou representante de alguma coisa, e funciona de forma circular, a pauta subjacente influencia e é influenciada pela situação vivida. Vejamos uma explicação fornecida pelo próprio autor para o referido conceito:

O método [documental] consiste em tratar um aspecto real como se fosse “o documento de”, “o indicador de”, ou “o representante de” uma suposta pauta subjacente. Não apenas deduz a pauta subjacente de suas evidências documentais específicas, assim como, por sua vez, se interpreta baseando-se no “que se sabe” da pauta subjacente. Cada uma se utiliza para elaborar a outro. (GARFINKEL, 1987, p.78)

A semiologia, desenvolvida por Ferdinand Saussure (1857-1913), é descrita por Umberto Eco (1997) como a disciplina sobre “tudo o quanto possa ser usado para mentir” (p.4). Para entendermos esta prerrogativa é preciso compreender que a semiótica busca estudar os elementos que são ou possam ser assumidos como signos. Sendo os signos, por sua vez, tudo o que pode ser assumido como substituto significante de outra coisa qualquer, ou seja, o signo é o veículo de uma idéia.

Barthes (1964) afirma que o termo signo possui uma história muito rica e já foi utilizado em diversos momentos de formas distintas, possui uma série de termos afins, como *senal*, *ícone*, *alegoria*, *índice*. Contudo, podemos classificar o signo como termo que possui dois componentes: um significado e um significante. O plano dos significantes constitui o plano da expressão e o dos significados o plano do conteúdo. Quando pensamos na definição de significado é importante que se destaque que o mesmo funciona como uma representação psíquica de alguma coisa e não como a coisa em si. Funcionando como um mediador entre a matéria e sua representação.

Eco (1997) afirma que mesmo Saussure não encontrou uma definição precisa para significado, o colocando em um meio caminho entre uma imagem mental, um

conceito e uma realidade psicológica não circunscrita diversamente. Contudo, o autor enfatiza a idéia de significado como algo relacionado ao funcionamento de pessoas que interagem em sociedade.

De acordo com Barthes (1964) a compreensão de significante sugere a mesma descrição de significado, não se podendo separar a definição do primeiro das idéias trazidas por esse último. O autor acrescenta apenas que a materialidade do significante pode ser representada através de sons, imagens e objetos. Barthes (1964) ressalta que a união entre o significado e o significante é definida como a significação, sendo esta compreendida como um processo.

Nesse momento, a semiologia aparece na busca de sistematização dessas leituras do cotidiano, na busca de compreender os valores sociais, morais e ideológicos de uma dada sociedade. Como afirma Barthes (2001) a semiologia busca dar sentido a uma série de acontecimentos aparentemente anárquicos que poderiam ser interpretados como casuais.

Desse modo, podemos argumentar que a produção de sentidos vai além da leitura do discurso lingüístico ou da linguagem verbal, por assim dizer. A leitura do cotidiano possui um caráter mais complexo e requer a incorporação de mais elementos como gestos, sons e hábitos produzidos por um corpo social.

Ao compreendermos um pouco as três vertentes teóricas que são incorporadas pela psicologia social discursiva temos uma idéia da amplitude de possibilidades que a mesma comporta. No contexto de nossa pesquisa vale salientar que analisar unicamente as entrevistas realizadas pelos trabalhadores em saúde mental – discurso verbal - mesmo sendo uma ação produtiva e pertinente, não seria tão rica quanto além dos elementos verbais refletir também sobre o espaço físico dos técnicos, suas relações no dia a dia dos serviços. Ou porque não também pensar sobre a atual política de saúde mental do Município de Recife e buscar compreender quais as influencias que a mesma exerce sobre o funcionamento do serviço e a atuação de seus funcionários.

Nesse contexto, percebemos o quanto o nosso objeto de estudo pode mostrar-se multifacetado, e sua compreensão incorporar uma série de dinâmicas distintas. De acordo com Potter (2003) não devemos considerar a psicologia social discursiva apenas como um conjunto de métodos, sendo a mesma uma abordagem que se move em meio a diversas reflexões teóricas e metodológicas. Segundo o autor o progresso teórico em torno do estudo da linguagem, por exemplo, foi um elemento

de grande impulsão para o seu desenvolvimento, sendo sob seu ponto de vista um elemento extremamente relevante quando se considera a fala e os textos como parte de construções sociais.

Existem distintas modalidades de análise de discurso, contudo a teoria aqui destacada busca compreender a linguagem não como um meio neutro de refletir ou descrever o mundo, sendo o discurso considerado como elemento central da construção social (GILL, 2003). De acordo com Potter e Wetherell (1992) na perspectiva da análise do discurso desenvolvida pela psicologia social discursiva, o discurso é tratado como “um potente meio orientado para a ação, e não um canal transparente de informação.” (p.3). Dessa forma, o discurso dos participantes de uma pesquisa, ou os textos a serem analisados são considerados como “aproximações em seu próprio direito” (p.3) e não como um caminho alternativo para se adentrar em elementos supostamente mais profundos como as atitudes, eventos ou processos cognitivos. Para Potter e Wetherell (1987) o termo análise do discurso engloba a análise de diversas manifestações discursivas, como entrevistas e conversas realizadas no cotidiano, por exemplo.

Para analisarmos um discurso é necessário que sejam elaboradas hipóteses sobre os propósitos e conseqüências da linguagem. É importante que não percamos de vista que as funções do mesmo não são sempre facilmente identificáveis, uma forma lingüística não é sempre considerada uma acusação, ou encobre um aspecto ideológico, por exemplo. De acordo com Potter e Wetherell (1987) as variabilidades do discurso nos auxiliam a apreender as distintas funções que o mesmo pode incorporar.

Nesse contexto, é importante destacarmos o conceito de repertórios interpretativos, como um dos componentes do entendimento da abordagem construcionista e da psicologia social discursiva. De acordo com Potter e Wetherell (1987) os repertórios interpretativos são:

(...) usados recorrentemente como um sistema de termos utilizados para caracterizar e avaliar ações eventos ou outros fenômenos. (...) compreendendo basicamente um léxico ou registro de termos e metáforas. (...) são constituídos através de uma quantidade limitada de termos usados em construções estilísticas e gramaticais particulares (POTTER E WETHERELL, p. 179, 1987).

Os autores salientam ainda que os repertórios, diferentemente do que propõe a teoria das representações sociais, não estão atrelados a determinados grupos sócias, os mesmos circulam pelas mais diversas situações sociais e podem ser utilizados pelos mais diferentes grupos nos mais diferentes contextos. Nesse sentido, grupos sociais distintos podem possuir repertórios similares e no mesmo grupo social, ou porque não dizer em uma mesma pessoa, pode coabitar distintos repertórios sobre um mesmo tema (POTTER E WETHERELL, 1987).

A variabilidade presente nos discursos não é vista como um aspecto negativo para os psicólogos que trabalham com a análise do discurso. Uma vez que, de acordo com Potter e Wetherell (1987) para a psicologia social discursiva não se espera que o discurso de uma determinada pessoa seja sempre coerente e consistente.

Para Michael Billig (1991) a variabilidade é o reflexo, no discurso da pessoa que a produz, das distintas concepções que estão em conflito no interior de uma dada sociedade. Sendo as possibilidades de variação discursiva consequência das características do senso comum e dos seus temas em debate.

De acordo com Gergen (2007) o construcionismo busca enriquecer o discurso teórico expandindo o potencial das práticas humanas. Nesse sentido, uma nova concepção do Eu entra em voga, compreendendo o mesmo não como uma estrutura cognitiva privada e pessoal e sim como um discurso acerca do Eu que é construído a partir da linguagem disponível na esfera pública. Ou seja, quando pensarmos em um trabalhador que irá se definir como dedicado ou centrado, por exemplo, devemos ter em mente que o mesmo utiliza tais termos e não outros, à medida que os encontra disponíveis em sua esfera social.

A multiplicidade de narrativas mostra-se muito importante, principalmente no que diz respeito a suas implicações sociais. Tal variabilidade é favorecida pela imensa gama de relações sociais em que as pessoas se vêem imersas e pelas diferentes exigências desse vários contextos relacionais (GERGEN, 2007).

Ao compreendermos que cada pessoa vai utilizar-se de distintos repertórios de acordo com o lugar que ocupa no jogo discursivo, podemos compreender também a noção de posicionamento que se refere à mobilidade fluída com que cada pessoa irá circular na sociedade ocupando diferentes posições e, por conseguinte, adotando distintos repertórios. O conceito de posicionamento rejeita a noção de

estrutura, compreendendo a pessoa como agente que circula, nem sempre de forma consciente, por diferentes contextos sem se estruturar de forma rígida ou fixa. Dessa forma, ao interagir com os outros a linguagem ganha ação e assume um caráter performático (SPINK, 2004).

Para Pinheiro (2004) o conceito de posicionamento transcende a questão da análise tendo em vista o fato de que por meio deste busca-se compreender a “pessoa em sua continuidade (identidade) e multiplicidade (*se/ves* posicionados, em múltiplas e contraditórias narrativas) (p.186 e 187)”. Entretanto, é importante destacar que o conceito de posicionamento se contrapõe à noção tradicional de identidade tendo em vista o caráter fluido e flexível do primeiro, que se contrapõe a noção mais estrutural que carrega a segunda.

De acordo com Gergen (2007) a postura construcionista não percebe a identidade como um elemento que exige uma coerência e estabilidade permanentes, não sendo está um produto da mente e sim algo que é construído e reconstruído através das relações.

Para que uma determinada narrativa seja mantida faz-se necessário que as pessoas no contexto social estejam implicadas e concordem, consciente ou inconscientemente, com cada narrativa processada. Para que meu discurso enquanto trabalhador honesto seja coerente, meu chefe e colegas de trabalho precisam construir narrativas que ratifiquem tal status, ou seja, cada narrativa a ser mantida exige uma série de negociações em cada ocasião. Nesse contexto, se fossemos falar em identidade, para o construcionismo esta não deveria ser compreendida em um sentido individual e sim como uma construção que está apoiada em práticas coletivas, e possui uma variabilidade de acordo com o contexto e com os atores que estão inseridos no jogo de posicionamento (GERGEN, 2007).

Bronwyn Davies e Rom Harré (2001) afirmam que nos diversos lugares que ocupam, as pessoas tanto se autoposicionam - posicionamento reflexivo – como também posicionam o outro – posicionamento interativo. Desse modo, podemos compreender que uma pessoa ao relacionar-se com outras se encontra em um constante jogo de posicionamento que assume distintas características de acordo com os diferentes espaços que ocupa.

Nesse momento, é importante que deixemos claro que não buscamos com o estudo dos distintos posicionamentos de uma pessoa em um dado contexto, apreender verdades ou falsidades em torno de suas construções discursivas. Nosso

principal objetivo é observar como as pessoas manejam e compreendem as descrições e fatos que produzem (POTTER, 1998).

No contexto da análise do discurso, poderemos perceber ao observar sequências de interações entre pessoas, que as mesmas se utilizam de diversos mecanismos e procedimentos para se posicionar e posicionar o outro. Cada situação exigirá da pessoa que disponibilize uma série de recursos retóricos para construir seu argumento (POTTER, 1998). Ao longo de nossas análises iremos explicitar alguns das estratégias discursivas identificadas pelos autores da psicologia social discursiva e que também foram encontradas nos discursos dos profissionais entrevistados.

Davies e Harré (2001) afirmam que quando pensamos em posicionamento devemos ter em mente que toda conversa envolve algum tipo de posicionamento. Nesse contexto, quando perguntamos a uma pessoa sobre um determinado tema, sua opinião sobre a reforma psiquiátrica, por exemplo, já a estamos posicionando de algum modo. Dessa forma, não podemos deixar de refletir que à medida que desenvolvemos uma pesquisa várias modalidades de posicionamento estão sendo articuladas para alcançarmos os objetivos previstos.

Nesse contexto, acreditamos que a perspectiva da análise de discurso, no contexto da psicologia social discursiva nos auxiliará na compreensão das produções discursivas dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial sobre o trabalho em equipe. Compreendendo que as diversas formas de discurso que circulam nesses espaços são produtos das interações das vozes dos distintos atores - trabalhadores, usuários, gestores, familiares e pesquisadores - que os compõem.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 Sobre a pesquisa qualitativa**

O presente estudo se insere em uma metodologia qualitativa em psicologia social. Acreditamos que não cabe ao referido texto uma discussão aprofundada sobre a pesquisa qualitativa, entretanto faremos algumas considerações para situar o lugar do qual estamos nos reportando.

De acordo com Thomas Schwandt (2006), a pesquisa qualitativa surge a partir de um movimento crítico que questionou os padrões tradicionais de produção do conhecimento científico. As críticas realizadas não alcançaram apenas uma dimensão metodológica se estenderam também aos campos epistemológico, ético e político. Nesse sentido, o autor define a pesquisa qualitativa como um fazer engajado, que prioriza as pesquisas de cunho social e ressalta experiências do cotidiano.

Para Spink e Menegon (2004) a pesquisa qualitativa em psicologia está fortemente associada à emergência de uma vertente teórica crítica, fundamentada em questionamentos de cunho epistemológico e político.

Bauer, Gaskell, Allum, (2002) consideram que a realização de uma cobertura adequada dos acontecimentos sociais requer a utilização de distintos métodos e dados. Contudo, é importante ressaltarmos que ao lançarmos mão da pluralidade metodológica devemos fazê-lo de forma responsável e coerente, levando em consideração as visões de mundo, de pessoa e de produção de conhecimento de cada abordagem.

Como será explicitado mais adiante o presente estudo terá como foco principal o processo de entrevistas, contudo também foram realizadas observações para auxiliar a aproximação com o campo-tema em pesquisa.

## 4.2 Entrando em contato com o campo-tema.

Na introdução deste trabalho afirmei que minha imersão no referido tema de estudo se deu antes mesmo de ser admitida como aluna do mestrado. Contudo, a aproximação com o que acredito ser o meu campo-tema de estudo aconteceu de forma muito mais intensa durante a produção de minha dissertação.

Antes de explicitar meus caminhos na construção da referida pesquisa gostaria de enfatizar que quando discutimos a questão do campo de pesquisa estamos aqui nos referindo a uma visão mais ampliada de campo tal como discutido por Peter Spink (2003) em que o autor vem afirmar que o campo não pode ser visto como uma instância estática, que se encontra lá esperando para ser pesquisado, ao pensar sobre o tema, escolher os textos, lê-los e discutir com nossos pares também estamos construindo parte do campo. Nesse sentido, campo é compreendido como:

(...) o argumento no qual estamos inseridos; argumento este que tem múltiplas faces e materialidades, que acontecem em muitos lugares diferentes (SPINK, p. 28, 2003).

Nesse sentido, desde o momento que nos dispomos a pesquisar um tema, no nosso caso o trabalho de equipes no contexto da Reforma Psiquiátrica, já temos como iniciada nossa imersão no campo. Entretanto, ao passo que desenvolvemos nossos estudos nos damos conta de que nem todos os lugares são igualmente fecundos para buscarmos as informações que precisamos, lugares diferentes com contextos diferenciados iram nos proporcionar experiências diversas em nosso campo (SPINK, 2003).

À medida que nos aproximávamos e também nos apropriávamos do nosso campo, o tema de pesquisa foi aos poucos sendo lapidado, a partir das leituras. Foram fundamentais também as reuniões de orientação e as contribuições dos membros da banca de qualificação. O contato inicial com os trabalhadores militantes também foi importante para tal compreensão.

Os referidos contatos ocorreram fora do espaço dos CAPS, se deram nos encontros do movimento de trabalhadores em saúde mental – Núcleo de Luta Antimanicomial Libertando Subjetividades. As reuniões do núcleo são abertas ao público e ocorrem duas vezes ao mês, as segundas feiras na sede do Conselho

Regional de Psicologia CRP -02. Minha inserção no espaço ocorreu entre os meses de fevereiro e maio de 2009. Segue uma descrição do núcleo, retirada de um documento de apresentação do grupo:

O Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial Libertando Subjetividades de PE, está vinculado à RENILA (Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial) e vem participando de forma ativa na defesa da Reforma Psiquiátrica e no acompanhamento e apuração de denúncias de violação de Direitos Humanos que afetam os portadores de sofrimento mental. O núcleo pernambucano cobra aos gestores municipais e estaduais posicionamentos e medidas concretas para reverter à situação de barbárie em que ainda se encontram milhares de cidadãos pernambucanos internados nos hospitais psiquiátricos públicos e privados, sofrendo maus tratos, negligências, preconceitos, chegando inclusive, a óbitos. Sendo uma dessas medidas, a urgência na ampliação da rede substitutiva. (NÚCLEO LIBERTANDO SUBJETIVIDADES, 2009)

O núcleo é composto por usuários, familiares e trabalhadores em saúde mental. Funciona em um espaço cedido pelo conselho de psicologia. É interessante ressaltar que grande parte dos profissionais que atuam no núcleo são psicólogos, raramente, durante meu período de participação, observou-se profissionais de outras especialidades.

Participar do núcleo não exigiu tramites burocráticos. Fui a uma reunião, expliquei que era aluna do mestrado e gostaria de participar das reuniões como forma de compreender melhor o movimento de Luta no Recife. Não houve objeções apenas afirmativas no sentido de que minha participação no processo ocorresse de forma ativa e não como simples observação.

Acredito que minha participação no núcleo durante esse processo aproximou-se bastante daquilo que conhecemos como observação participante. Nesse contexto, a observação participante aparece como um princípio compreendido sob dois aspectos. O pesquisador ganha acesso através da participação ao campo e as pessoas estudadas e a observação é realizada de forma gradual para que se torne mais concreta e concentrada nos aspectos essenciais das questões de pesquisa (FLICK, 2004).

Segundo Flick (2004) o processo de observação participante possui três fases distintas: Observação descritiva; Observação Focal e Observação Seletiva.

A *observação descritiva* possui como função descrever detalhadamente o campo a ser pesquisado, orientando o pesquisador para o estudo do mesmo. Esse é um momento ideal para a formulação de novas questões de pesquisa, assim como para linhas de visão mais concretas.

Durante a *observação focal* o pesquisador irá restringir progressivamente os processos e problemas que serão considerados fundamentais para a compreensão da questão pesquisada.

A *observação seletiva* deverá ser realizada em um período próximo ao fim da coleta de dados, servindo como um momento em que o pesquisador deverá concentrar-se em buscar mais exemplos para os tipos de práticas e processo descobertos na segunda etapa.

Em meio a esse contexto a observação participante aparece como uma forma de entrar em contato com os atores sociais envolvidos do campo pesquisado. Não se buscará realizar comparações entre os dados de observação e os dados de entrevista no sentido de comparações valorativas de verdade. Se assim o fizéssemos estaríamos indo de encontro aos princípios teóricos desenvolvidos pelo construcionismo. Buscaremos com a utilização dos dois métodos de investigação ampliar nosso olhar sobre o objeto estudado.

Como será possível observar nos capítulos analíticos não foram realizadas muitas referências diretas as observações realizadas no núcleo, pois acredito que as experiências ocorridas durante esse período foram bastante importantes para que pudéssemos lapidar nosso objeto de estudo, conhecer as políticas municipais de saúde mental e compreender minimamente o funcionamento das relações entre o movimento, os trabalhadores e os usuários militantes ou não militantes.

#### **4.2.1 Sobre os consentimentos formalizados**

Além dos consentimentos concedidos a mim pelos membros do núcleo da Luta, também foram necessários consentimentos formalizados para que eu pudesse adentrar o espaço dos CAPS. Tal processo mostrou-se extremamente burocrático e terminou por retardar muito o início das entrevistas.

O primeiro passo foi decidir quais serviços seriam focados, uma vez que, devido ao tempo pertinente a uma dissertação de mestrado, visitar todos os CAPS da cidade do Recife seria impraticável. Decidimos focar dois CAPS, localizados nos distritos sanitários III e IV.

A primeira solicitação foi realizada a Prefeitura Municipal e levou três meses para ser concedida. A segunda solicitação foi realizada ao comitê de ética da UFPE, tal procedimento necessitava do consentimento prévio dos locais onde a pesquisa iria acontecer, e levou cerca de dois meses para ser concedido. O processo de autorização para minha entrada nos serviços levou aproximadamente cinco meses para ser concluído.

#### **4.3 Sobre os distritos sanitários III e IV.**

A proposta da divisão do município em distritos sanitários surge da necessidade de uma divisão mais justa e eficiente dos dispositivos de saúde para a população. Tal divisão possibilita que os dispositivos de alta, média e baixa complexidade possam ser alocados em pontos estratégicos e atendam de forma eficiente a população das referidas regiões (EVALDO SAMPAIO DE ALMEIDA et al., 1998)

O Município de Recife, segundo dados do último censo do IBGE (2000), possui uma população de 1,5 milhões de habitantes e está dividido em seis distritos sanitários, conforme o mapa a seguir:

Figura 1 – Mapa da Cidade do Recife em sua divisão em distritos sanitários



Os distritos sanitários escolhidos por nossa pesquisa foram os distritos III e IV. O *distrito III* possui uma população de aproximadamente 270 mil habitantes (IBGE, 2000) e compreende os bairros de Aflitos, Alto do Mandu, Apipucos, Derby, Dois Irmãos, Espinheiro, Graças, Jaqueira, Monteiro, Parnamirim, Poço, Santana, Sítio dos Pintos, Tamarineira, Alto José Bonifácio, Alto José do Pinho, Mangabeira, Morro da Conceição, Vasco da Gama, Brejo da Guabiraba, Brejo de Beberibe, Córrego do Jenipapo, Guabiraba, Macaxeira, Nova Descoberta, Passarinho, Pau Ferro, Casa Amarela e Casa Forte.

O *distrito sanitário IV* possui uma população de 255 mil habitantes (IBGE, 2000) e compreende os bairros de Cordeiro, Ilha do Retiro, Iputinga, Madalena, Prado, Torre e Zumbi, Engenho do meio, Torrões, Caxangá, Cidade Universitária e Várzea.

#### **4.4 Sobre os serviços e os participantes**

Como mencionado anteriormente foram visitados dois Centros de Atenção psicossocial (CAPS II), localizados nos respectivos distritos sanitários III e IV. Os referidos locais possuíam estruturas de funcionamento bastante distintas e foram freqüentados no período de maio a setembro de 2009.

No momento de nossa pesquisa, o primeiro serviço possuía uma equipe mínima de profissionais, porém contava com um profissional de cada especialidade preconizada pelo Projeto de Funcionamento da instituição. Funciona em dois turnos, manhã e tarde. As entrevistas foram realizadas com os funcionários do horário da tarde.

O segundo serviço encontrava-se, na ocasião de nossa pesquisa, em precárias condições de funcionamento, possuía apenas seis técnicos, trabalhavam somente com os usuários já admitidos e não realizavam novas admissões. Segundo informações fornecidas pelos próprios funcionários tais condições se davam pela não reposição dos funcionários que saíram da instituição.

##### **4.4.1 Sobre as entrevistas**

Nossa participação nos serviços ocorreu exclusivamente para a realização das entrevistas. Após o consentimento fornecido pelas instituições, os gerentes dos respectivos serviços solicitaram que o projeto fosse apresentado durante as reuniões de equipe. Nesse momento, foram explicitados os objetivos do estudo assim como informado que a participação no mesmo se daria sob caráter voluntário.

As entrevistas (ver apêndice I) possuíam um formato semi-estruturado. Considerando as diretrizes para pesquisa com seres humanos, que buscam a proteção dos direitos dos envolvidos na pesquisa, conforme os aspectos éticos indicados pela Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde, as mesmas foram realizadas após os entrevistados lerem e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (ver apêndice II). Após a autorização dos participantes todas as entrevistas foram gravadas.

Nossa escolha por utilizar esse modelo de entrevista se deu por sua flexibilidade, o que possibilita um maior diálogo entre o entrevistado e o entrevistador. De acordo com Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (2004) a natureza interativa das entrevistas permite que temas complexos sejam abordados e explorados de forma profunda, fator que não pode ser alcançado unicamente pela observação ou aplicação de questionário.

Nesse sentido, o roteiro criado serviu apenas como base de apoio, sendo a temática que se desejava discutir, alcançada através de uma conversa e interação entre os participantes. O construcionismo social compreende a entrevista como prática discursiva, como ação situada e contextualizada, sendo, através da mesma possível produzir sentidos e construir versões da realidade. (ODETTE PINHEIRO, 2004).

Pinheiro (2004) ressalta ainda que o jogo de posicionamentos também se encontra presente durante o momento das entrevistas, uma vez que, durante o referido processo o entrevistador posiciona o entrevistado e este posiciona o entrevistador.

A análise de discurso considera a entrevista com um processo dialógico, “um encontro conversacional”, desse modo às intervenções do pesquisador também são consideradas no processo de análise. Tais elementos são entendidos como ativos e construtivos e não como passivos e neutros. Ou seja, a forma como as questões são construídas é tão importante quanto às respostas formuladas pelos entrevistados. (POTTER E WETHERELL, 1987).

#### **4.4.2 Sobre os entrevistados**

Durante nossa pesquisa foram realizadas 14 entrevistas semi-estruturadas com os seguintes profissionais: 1 Assistente Social, 3 Enfermeiras, 1 Auxiliar de Enfermagem, 2 Educadores Físicos, 2 Médicos Psiquiatras, 2 Psicólogas e 3 Terapeutas Ocupacionais. Do total de entrevistados apenas dois eram do sexo masculino, um médico psiquiatra e um educador físico. A cada entrevistado foi atribuído um nome fictício e algumas informações de suas entrevistas foram ocultadas tendo como objetivo preservar a identidade dos mesmos.

De acordo com Potter e Wetherell (1987) como a análise de discurso valoriza os possíveis usos da linguagem, muito mais do que as características pessoais das pessoas geradoras desse discurso um elevado número de pessoas entrevistadas não é uma característica marcante da análise de discurso. Os autores afirmam ainda que um imenso número de padrões lingüísticos podem surgir de um pequeno número de pessoas, ressaltando que para a análise do discurso o êxito de uma pesquisa não está no tamanho de sua amostra.

Nesse contexto, o tamanho da amostra pode variar de acordo com as proposições e questões de pesquisa de cada pesquisador. Para Potter e Wetherell (1987):

Nesses casos o valor ou generabilidade dos resultados dependem do leitor em acessar a importância e interesse do efeito descrito e decidir se tem conseqüências vitais para a área da vida social na qual emerge e possivelmente para outras áreas diversas (POTTER E WETHERELL, 1987, p. 4)

Quando tratamos do trabalho com entrevistas na metodologia de análise do discurso, diferentemente da postura adotada por correntes mais ortodoxas da psicologia social, a consistências dos relatos não é o elemento central de análise. A análise de discurso busca a polissemia do discurso pesquisado.

#### **4.5 Sobre a análise dos dados**

Os passos da análise seguiram as orientações fornecidas pelos pesquisadores da psicologia social discursiva e da análise do discurso (POTTER E WETHERELL, 1987; WETHERELL E POTTER, 1992; POTTER, 1998 E BILLIG, 2008)

Todas as entrevistas foram transcritas buscando-se ao máximo preservar a forma como os participantes falaram (erros de pronúncia e pausas). Após a transcrição se deu uma leitura detalhada do material analisado tendo como foco, aproximar-se do material produzido. É importante ressaltarmos mais uma vez que o tipo de análise de discurso desenvolvido aqui compreende a entrevista como processo dialógico, por isso a importância de transcrevermos na integra

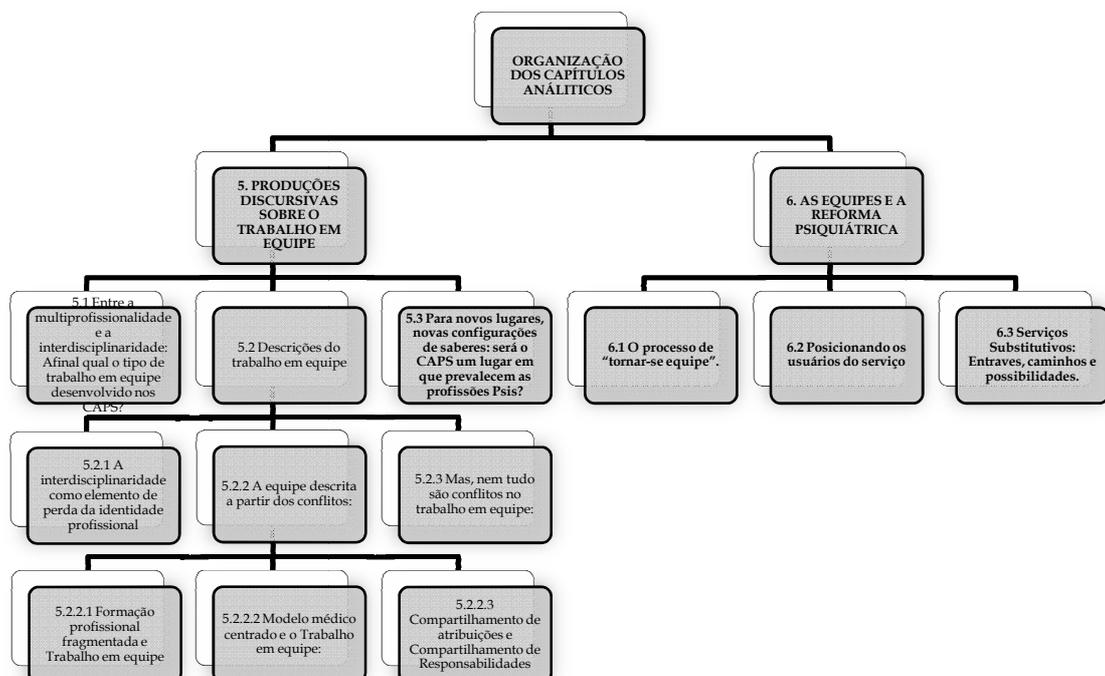
considerando tanto as respostas realizadas pelos entrevistados quanto as perguntas realizadas pelo entrevistador (POTTER E WETHERELL, 1987).

Várias propostas de categorização foram realizadas até chegarmos ao formato final. De acordo com Potter e Wetherell (1987) as categorias iniciais são realizadas sem uma preocupação rigorosa com seus limites. Para os autores apenas após leituras e releituras do material transcrito são elaboradas categorias mais padronizadas.

No processo de análise de discurso aqui desenvolvido temos dois momentos importantes, primeiro há uma busca por padrões nos dados – buscamos compreender a variabilidade, distinções e similaridades, a forma e a consistência dos discursos. Em um segundo momento, buscamos compreender os possíveis efeitos produzidos por esses discursos e procurar por suas evidências lingüísticas (POTTER E WETHERELL, 1987).

Para que possamos visualizar a proposta de análise trazida na presente dissertação segue um diagrama com o esquema de organização da análise:

Figura 2- Diagrama de organização da análise.



## **5. PRODUÇÕES DISCURSIVAS SOBRE O TRABALHO EM EQUIPE**

Neste capítulo analisamos os repertórios interpretativos mobilizados pelos profissionais entrevistados para descreverem a si mesmos e para descreverem as pessoas e práticas dos serviços substitutivos nos quais atuam.

Será possível observar que na mobilização desses repertórios os sujeitos posicionavam-se e posicionavam os membros das outras categorias profissionais das mais diferentes maneiras, em jogos de posicionamento marcados pela tensão, ambigüidade e conflito.

### **5.1 Entre a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade: Afinal, qual o tipo de trabalho em equipe desenvolvido nos CAPS?**

Ao longo das entrevistas, o tema da atuação em equipes foi introduzido a partir de alguns questionamentos que buscavam compreender como elas funcionavam nas instituições dos entrevistados. Procuramos ao máximo não nomear o tipo de atuação que era realizado em cada espaço, com o propósito de apreender os conceitos sobre trabalho em equipe trazidos espontaneamente por cada participante ao longo das entrevistas. Os termos utilizados pelos técnicos permitiram visualizar a compreensão teórico/prática que cada profissional possui sobre o trabalho em equipe no contexto dos CAPS.

Aqui se faz importante destacar, como já discutido nas considerações sobre a temática pesquisada, que as questões teóricas que permeiam a formação do trabalho em equipe são bastante complexas, perpassando por algumas contradições e singularidades que exigem do pesquisador a adoção de uma posição teórica definida. Lá, discutimos também como a própria legislação que define a atuação profissional nos serviços substitutivos mostra-se ambígua e, em alguns casos, pouco específica no que diz respeito às definições dos conceitos de multidisciplinaridade e interdisciplinaridade.

Por exemplo, no texto da III Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 2002, a discussão parece bastante clara e avançada, com a definição de

que os CAPS devem ser compostos por equipes interdisciplinares. Entretanto, o Livro Texto Manual dos CAPS, publicado também em Brasília no ano de 2004, utiliza como sinônimos os termos multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, o que evidencia que as discussões sobre o tema ainda necessitam serem ampliadas e melhor esclarecidas.

As indefinições e as ambigüidades presentes nos documentos oficiais também são encontradas nos discursos dos profissionais entrevistados por nós. Vejamos alguns recortes de entrevistas que ilustram isso:

**José – Psiquiatra:** Elas [as reuniões de equipe] funcionam muito bem, não é? Tem os assuntos administrativos, do interesse do serviço. Mas, também são debatidos casos específicos, né? Aqueles casos que pairam alguma dúvida em relação à admissão, em relação à própria alta, não é? Um momento muito rico, porque a gente tem oportunidade de trocar idéias com profissionais de outras áreas, ver o ponto de vista da terapia ocupacional, do serviço social, da enfermagem, não é? Da psicologia, não é? E... resolver conflitos, ou pelo menos tentar diminuir esses conflitos existentes na equipe, porque isso é natural, no trabalho, não é? Multiprofissional, não é? Que ocorram essas dúvidas, a visão de um é pela admissão, isso acontece com muita frequência.

**Marta – Educadora Física:** O trabalho de psicologia, porque eu não sei o quê que acontece no grupo de psicologia. Entendeu? Então, eu acho que ajudaria muito se fosse, se tivesse essa maior interação. Esse lado da profissão. Porque se diz “*uma equipe multidisciplinar*”. É uma equipe que se reúne uma vez por semana para falar de vários casos, são quatro horas, mesmo assim não dá tempo para falar de todos os casos. E fica cada um meio assim na sua área, né? [...] na hora realmente da prática cada um na sua área.

**Karla - Terapeuta ocupacional:** Olhe, no caso da interdisciplinaridade eu acho que é você compartilhar com o outro. Eu tenho até trabalhado nessa linha também, de interdisciplinaridade. É... de você poder compartilhar com o outro, respeitar o saber do outro e ver em que é que você pode compartilhar, por exemplo, uma definição de caso, não é? Você tem um caso. Você tem uma história de vida. Então, você como profissional de terapia ocupacional, serviço social, psicologia. O que é que vocês podem compartilhar? Qual a contribuição? Qual é a contribuição como equipe que eu posso dar? E qual é a contribuição como técnico que eu posso dar? Como uma pessoa que faz parte da equipe? E isso é muito difícil, né?

Na fala de José o termo “multiprofissional” nomeia um conjunto de práticas geralmente associadas ao conceito de interdisciplinaridade, se aproximando do conceito trazido por Vasconcelos (2002) que define a interdisciplinaridade como uma

estrutura horizontal em que tende a haver diminuição nas relações de poder entre as distintas disciplinas que a compõem, em que prevalece a reciprocidade e enriquecimento mútuo.

Marta, educadora física, destaca uma contradição no interior do grupo, pois afirma que sua equipe é “multidisciplinar”, mas não consegue interagir e trocar saberes. Como José, usa um termo, no seu caso “multidisciplinar”, para descrever um conjunto de práticas associadas ao conceito de interdisciplinaridade, práticas que, diferentemente daquilo que afirma José, estariam ausentes em sua equipe. Marta e José fazem parte da mesma equipe, contudo apresentam relatos distintos e contraditórios sobre o modo como ela funciona.

Karla, terapeuta ocupacional, também teoriza sobre o trabalho em equipe. Em sua fala os profissionais do CAPS já realizam um trabalho interdisciplinar. No entanto, afirma que este tipo de trabalho necessita de muito esforço para ser mantido. Segundo a entrevistada, para se alcançar a interdisciplinaridade é preciso contribuir com as especificidades de seu saber no trabalho do grupo. A mesma descreve um ideal de funcionamento “difícil” de ser alcançado. Tal modalidade de atuação exigiria bastante integração, elaboração, capacidade de partilhar saberes e informações.

As falas de nossos entrevistados indicam que o discurso da interdisciplinaridade circula no espaço dos serviços substitutivos. Tal estrutura de trabalho, mesmo não sendo expressa a partir de um recorte teórico, parece conter as idéias de uma horizontalização das relações de trabalho, assim como um ideal de partilha de experiências e saberes.

Contudo, ao longo de nosso texto iremos nos deparar com múltiplas possibilidades de descrever tal processo de trabalho, de descrever as relações que se aproximam e se distanciam desse ideal interdisciplinar, muitas vezes pregado, porém pouco debatido e discutido teoricamente no seio das equipes.

## **5.2 Descrições do trabalho em equipe**

Até aqui nos detivemos na teorização que os profissionais entrevistados realizaram em torno do trabalho nas equipes da qual fazem parte. Observamos que em grande parte dos casos os conceitos de multiprofissionalidade e

interdisciplinaridade aparecem como definição/classificação para o trabalho desenvolvido por suas equipes.

A presente seção irá se dedicar a analisar as descrições realizadas por nossos entrevistados das práticas desenvolvidas no cotidiano das equipes. No decorrer de nossas leituras classificamos as descrições em dois itens: o primeiro foi intitulado *A interdisciplinaridade como elemento de perda da identidade profissional* e o segundo *A equipe descrita a partir dos conflitos*.

### **5.2.1 A interdisciplinaridade como elemento de perda da identidade profissional**

Como explicado em momentos anteriores, um dos pontos contemplados nas entrevistas diz respeito às discussões em torno do fazer de cada profissional no contexto dos trabalhos em equipe. É importante destacarmos que, ao falarem de suas atividades, os profissionais também falaram da atuação de seus companheiros nas equipes.

No que se refere ao fazer profissional desenvolvido entre os trabalhadores em saúde mental nos CAPS, foi possível perceber nas falas dos entrevistados termos que aludem à possibilidade de perda da identidade profissional no contexto do trabalho das equipes. Esse tema pode ser observado nas falas a seguir:

**Marina – Enfermeira:** O trabalho do enfermeiro na saúde mental ele fica meio que... Diluído com... como a gente trabalha em equipe fica uma coisa meio que diluída. Especificamente do enfermeiro não aparece muita coisa mais a questão da medicação, dos cuidados que a gente tem que ter com qualquer paciente, mas que não só o enfermeiro tem, os outros técnicos também passam a ter como é uma coisa meio, é muito, muito... interdisciplinar né? [...] é meio que misturado às funções, a gente é, faz um trabalho um pouco do psicólogo, um pouco de assistente social, um pouco do médico, um pouco de tudo, nem sempre tem todos profissionais presentes na equipe.

**Camila – enfermeira:** [...] Agora assim, uma coisa que eu sempre tenho cuidado é isso: me policiar para não entrar no espaço do outro, porque às vezes, eu acho que o pessoal perde essa noção.

(E) Esse trabalho acaba...

(C) Aqui é tão... Que se você não tiver cuidado você entra. Eu mesma, eu sou muito fácil de entrar no de C., eu passei quinze anos no Hospital, eu sei muito de medicação.

(E) Hum, hum.

(C) Até com a prática você aprende e assim, eu tenho muito esse cuidado sabe? Eu já vi tanto psiquiatra ir embora, justamente por

isso. Eu acho que se o pessoal... Tem psiquiatras muito bons que se você falar do CAPS, o CAPS é uma peste para eles. Eles não aguentam essa coisa de questionar, questionar. Não sei por que diacho tem os psicólogos que gostam tanto de questionar diagnóstico de médico. É uma coisa que não me incomoda, se ele errar é problema dele, não é meu. Aqui já teve casos de um psicólogo suspender a medicação de paciente... não é? Foi isso que fez as psiquiatras debandarem. Eu acho que a gente tem que respeitar, não é?

Marina constrói um relato no qual a atuação de sua profissão, enfermagem, ainda não está clara e bem definida no contexto das equipes de saúde mental do CAPS. Um relato no qual a identidade da enfermeira se dilui e em que os limites, as atribuições e as especificidades de cada profissão tornam-se opacos. Aquilo que era atribuição do enfermeiro, também é feito por outros profissionais. Por outro lado, o enfermeiro passa a fazer “um pouco” do trabalho do psicólogo, do médico, do assistente social, etc. Tudo se mistura nesse contexto. Embora, não o diga explicitamente, há uma tácita desaprovação da forma de organização dos CAPS em seu discurso. Vários trechos indicam essa desaprovação, mas o trecho no qual isso se torna mais claro é quando, com evidente ironia, Marina afirma que o trabalho em equipe no CAPS é “... uma coisa [...] muito... interdisciplinar”.

O relato de Camila, também enfermeira, porém não pertencente ao mesmo serviço que Marina, apresenta, como o relato desta última, um contexto marcado pelo incômodo gerado pela falta de limites entre os espaços de atuação de cada profissional.

Aqui é importante destacar as estratégias discursivas utilizadas por Camila para construir a ideia de que a interdisciplinaridade pode produzir conflitos entre os distintos especialistas nos CAPS. A profissional inicia sua sentença afirmando que: “[...] Agora assim, uma coisa que eu sempre tenho cuidado é isso: me policiar para não entrar no espaço do outro, porque às vezes, eu acho que o pessoal perde essa noção.” Com essa afirmação, podemos observar que antes mesmo de lançar a acusação sobre os membros da equipe que “perdem a noção”, ela já se posiciona como aquela pessoa que se cuida para não fazê-lo. A enfermeira relata com detalhes a interferência de alguns profissionais nas especificidades de seus companheiros de equipe, ressaltando que tais interferências desencadearam em brigas e até mesmo na saída de membros do grupo.

Percebemos também que Camila, antes de posicionar algumas categorias profissionais – “os psicólogos” – no lugar daqueles que interferem na seara de

atuação de outras especialidades e que não conhecem o seu lugar, posiciona-se como alguém que mesmo tendo mais propriedade que esses para fazê-lo – “Eu mesma, eu sou muito fácil de entrar no de C., eu passei quinze anos no Hospital, eu sei muito de medicação” – não o faz. Mais uma vez, a profissional utiliza-se de um recurso retórico, nesse caso do *direito categorial* (POTTER, 1992) para colocar-se no lugar de um membro do grupo que possui experiências prévias para aceitar ou recusar determinadas práticas.

Outro elemento que pode ser ressaltado no discurso de Camila diz respeito a sua descrição das relações profissionais. Estas aparecem implicitamente como relações que deveriam ser regidas por um sistema de classificação hierárquico, onde cada um deve colocar-se no seu lugar. Na estrutura descrita, os médicos ocupam o topo e não deveriam ser questionados em suas atribuições. A profissional constrói seu discurso afirmando que os psicólogos são aqueles que questionam a postura dos médicos no referido modelo. Tal comportamento crítico, atribuído por ela aos profissionais de psicologia, é relatado com certo incomodo: “Não sei por que diacho tem os psicólogos que gostam tanto de questionar diagnóstico de médico”.

Como é possível observar, Camila relata que os psiquiatras não suportam os constantes questionamentos que estão presentes no CAPS: “Eles não agüentam essa coisa de questionar, questionar”. Ao apoiar a posição dos profissionais médicos de não aceitarem questionamentos a enfermeira também se coloca contra o próprio sistema reformista que apóia a dissolução das hierarquias defendidas pela profissional. O discurso de Camila pode ser lido como uma defesa apaixonada do sistema tradicional presente nos hospitais.

Destaca-se ainda nesse recorte da entrevista de Camila a afirmação de que em nenhum momento o bem estar do usuário foi colocado em discussão. A enfermeira coloca-se contra as interferências e invasões das especialidades e ressalta que “[...] se ele errar é problema dele [...]”. Tal sentença, além de refletir a necessidade que as atribuições sejam delimitadas, também questiona implicitamente a ideia de que atividades partilhadas devem implicar em responsabilidades partilhadas.

Em seu discurso o saber médico aparece em destaque. O profissional de medicina é colocado no lugar daquele que não pode e nem deve ser questionado, correndo-se o risco de não tê-lo mais como membro do grupo.

O discurso sobre perda de identidade profissional nesses ambientes “críticos”, mobilizados pelas duas participantes, é encontrado também em pesquisas acadêmicas sobre esses ambientes. Nesse sentido, Campos (1997) vem afirmar que em muitas experiências filiadas a estas escolas mais críticas ocorre uma tendência à perda de identidade profissional. Profissionais e especialistas se transformam em técnicos polivalentes, em agentes terapêuticos com atribuições muito semelhantes.

Castel (1987) afirma haver, desde as propostas trazidas pela psiquiatria de setor, uma forte oposição por parte dos profissionais de enfermagem em atuarem em espaços extra-hospitalares. O autor ressalta ainda que na ocasião da proposta dos setores alguns sindicatos de enfermagem chegaram a opor-se oficialmente a “à supressão dos leitos hospitalares em defesa do “instrumento de trabalho” de sua categoria” (p. 57)

Quando convidada a comparar o trabalho desenvolvido nos CAPS com o de outros locais nos quais teve a oportunidade de trabalhar, Marina relata que os serviços cujos espaços de atuação de cada profissional são melhor delimitados permitem que estes tenham maior clareza sobre suas atribuições. Nos extratos de fala que seguem, a enfermeira elege pontos de distinção entre essas duas situações, comparando a atividade desenvolvida nos CAPS com as realizadas em outros locais em que teve oportunidade de trabalhar:

**Marina – enfermeira:** (E): E você nota a diferença ou semelhança entre esses espaços?

(M) Noto, eu noto que aqui se mistura mais, nos outros espaços as especificidades são mais claras, são mais é... respeitadas do ponto de vista pratico mesmo.

(E): Hum, hum.

(M): Entendeu? Por exemplo, um hospital se você fizer uma demanda pra o psicólogo vai ser pra o psicólogo, se você fizer uma demanda pra assistente social vai ser pra assistente social. Aqui a gente em alguns momentos faz o que a especificidade, o que seria pra eles, tem coisas que é lógico, que só eles podem fazer, mas tem coisas que a gente pode também intervir, inclusive a gente faz coisas que teoricamente não seria especificidade da gente tipo que dá um... um... fazer os laudos, as Apacs que se seria um médico, que deveria assinar, não são eles que assinam é a gente.

A partir dos elementos presentes, observamos um serviço que é descrito pela profissional como local de indefinição de papéis. O modelo biomédico é relatado por Marina como um modelo em que os profissionais podem atuar com mais segurança, uma vez que, as atribuições são mais bem definidas. Mais uma vez, observa-se no

relato da profissional a não legitimação do sistema CAPS e a supervalorização do modelo hospitalocêntrico em que, mesmo existindo distintos especialistas, não há necessidade de interação para atender as demandas que lhes são solicitadas.

A reflexão sobre a perda de identidade profissional também é trazida pela psicóloga Rita, contudo tal assunto vem à tona como uma demanda que surgiu a partir de queixas de suas estagiárias.

**Rita – psicóloga:** É, são apresentados os casos que são triados aqui, são apresentados e há uma divisão né? Que os técnicos independente do profissional, da especialidade do profissional... Eu tive duas estagiárias de psicologia que passaram por aqui e elas colocaram no relatório delas que fica sem identidade, todo mundo faz tudo aqui, que fica sem identidade a ação. Eu achei isso interessante e realmente não tem nenhum critério não.

Novamente é possível observar que o conceito da distribuição de funções preconizado pela Reforma Psiquiátrica não é legitimado. Por mais que o discurso do diálogo entre as profissões circule nesse universo, identificamos nos relatos que estamos analisando um discurso em direção contrária que prega a permanência das fronteiras entre os distintos saberes. As estagiárias, que procuram o serviço como uma forma de buscar parâmetros para sua atuação profissional, apresentam a ausência de fronteiras como forma de descaracterizar as especificidades de cada profissional. A falta de delimitação entre as atribuições de casa especialista é trazida por Marina e Rita como geradoras de perda da identidade profissional.

Observemos agora algumas falas que também tratam da falta de especificidade profissional, porém através de outras construções discursivas:

**Rita – psicóloga:** (E) E assim, você falou com a fala da sua aluna, uma coisa que eu achei interessante que é essa falta de às vezes um pouco assim, de uma identidade. Você acha que isso leva para uma homogeneidade ou você acha que acaba um profissional interferindo na especialidade do outro?

(R) Não, não interfere até porque eu escuto na queixa das pessoas com quem eu trabalho é assim “a gente não é psicólogo”, não é? “Eu tenho que agir como psicanalista”. A queixa é muito das pessoas nesse sentido. De... de... Uma escuta.

(E) E como é que você vê?

(R) eu não participei, mas semana passada parece que teve um lance desse aí. A enfermeira parece que foi participar, apresentar um caso dela se eu não me engano de... um caso já antigo aqui... E ela foi internada. E ela colocou essa questão que estava cuidando com muita dificuldade, cuidando dela. Embora, assim por ela trabalhar no Ulysses ela também tem uma visão de lá... Então, acha que muitas coisas de lá é correto agir aqui também. Então, eu acho

que falta um pouquinho assim... em relação à profissão dela, ela é enfermeira, ela não é psicóloga. Então, ela tava fazendo um acompanhamento como se fosse uma psicóloga. Escutando, tentando e dizendo, mas da forma dela. “faça assim, faça assim, faça assado, talvez ela estivesse tomando partido”.

(E) Hum, hum.

(R) Então, isso tava assim, a gente tava muito incomodada com isso, como ela trata. Tanto é que ela levou o caso para a supervisão. E ela não gostou do que ela ouviu na supervisão também, e isso incomodou ela, porque ela achou que o que ela estava fazendo estava fazendo a coisa certa, para ela, ela tava agindo da forma correta. Sendo que a pessoa terminou indo parar na, voltando para a Tamarineira. Então, foi uma coisa muito delicada muito chata o que aconteceu aqui. Isso já vem acontecendo, isso é uma dificuldade, enfermeira fazendo um outro papel aqui e o dela de enfermeira ela tava sentido dificuldade, ela não estava fazendo. Isso era uma coisa que estava gerando um certo... tanto na paciente, quanto para a equipe, quanto para ela mesma.

**Karla – Terapeuta Ocupacional:** A gente tem uma proposta de aproximar e... manter a especificidade. Onde? Onde? Coisa que até se questionou muito no começo, não é? E hoje o pessoal está reclamando demais disso, muitos profissionais de CAPS hoje reclamam da falta de especificidade, que teve um tempo em que se disse “O profissional do CAPS é um técnico em saúde mental. Então, todo mundo vai fazer tudo”. Então, começou com essa coisa que se perdia muito da especificidade, não é? Mas, isso pelo que a gente tem feito, pelo que a gente vem percebendo, causa um incômodo. É do enfermeiro que diz: “Mas, eu não sou psicólogo.” “Eu não posso estar fazendo isso, eu não posso estar fazendo aquilo.” Então, é difícil você traçar uma linha, eu acho que o que a gente tem que prezar é pelo respeito, é o respeito à opinião do outro, a formação que ele tem e ao que ele pode oferecer e não se dizer: “Fulano pode, compartilhar, pode contribuir com isso, eu posso contribuir com isso.” A história desse sujeito é uma só. Eu não vou fazer meu pedacinho sozinho lá e fulano vai fazer cá e fulaninho, o sujeito que se “imende”, que junte tudo. A proposta quando você diz que vai discutir um caso, que vai compartilhar, eu acho que passa por um respeito ao trabalho do outro. E eu percebi que você pode contribuir e no final tirar um todo. E isso é difícil, principalmente a gente tendo a formação que tem, é muito difícil.

Observamos na entrevista de Rita que as possibilidades de interferência, ou mesmo sobreposições de papéis, parecem gerar tensões e incômodos entre os membros da equipe. Potter (1998) afirma que ao produzir um discurso a pessoa pode utilizar-se de uma série de recursos para anular ou minimizar suas implicações sobre a realidade que descreve, tais elementos são referenciados pelo autor como *Vacinas*. No contexto do recorte de entrevista em debate percebemos que a psicóloga utiliza-se da estratégia de afastamento, vacinação, para não implicar-se totalmente com os possíveis efeitos de seu discurso, “eu não participei, mas semana

passada parece que teve um lance desse aí.” Ao iniciar seu relato com esses termos, a entrevistada passa a narrar acontecimentos pelos quais ela não pode responsabilizar-se totalmente, uma vez que, seu relato já foi lhe transmitido por terceiros.

No entanto, podemos concluir que a estratégia de vacinação utilizada por Rita não se mostrou completamente eficiente, uma vez que fica claro no decorrer do texto a expressão de suas opiniões pessoais. Tais elementos podem ser confirmados a partir de falas como “eu acho” ou mesmo “a gente tava muito incomodada com isso”.

É interessante percebermos que Rita ao mesmo tempo em que trata a ausência de definições claras sobre as atribuições de cada profissão como uma questão distante dela, pois afirma ser uma reflexão trazida por suas estagiárias, nega também que isso exerça influência sobre a atuação dos profissionais no CAPS onde ela atua. Este é um elemento que contradiz sua fala no momento seguinte em que relata as dificuldades encontradas por sua colega enfermeira quando tenta sair dos limites de sua especialidade. Em sua fala, a atuação da enfermeira é marcada por equívocos e hesitações.

Analisamos que na narrativa desenvolvida por Rita a possibilidade de uma ampliação no leque de intervenções de um determinado profissional é logo interpretada como invasão a especificidade de outra disciplina, nesse caso específico, à psicologia. A descrição realizada por Rita na tentativa de posicionar-se como alguém que não se preocupa com a “falta de identidade”, supostamente presente no espaço do CAPS, posiciona sua colega enfermeira como alguém que não sabe realizar seu trabalho de forma correta. Ou seja, posiciona-se como uma pessoa que não se incomoda com a intersecção de saberes e, logo em seguida, descreve um episódio que parece alertar para os perigos que podem advir dessa indefinição de papéis. Sua descrição põe em questionamento as habilidades da outra profissional ao apresentar esta como alguém que levou uma usuária antiga do serviço a ser internada novamente, afirmando que essa profissional, por também atuar em um serviço de características manicomial, trás resquícios desse espaço para o serviço substitutivo.

A partir das produções discursivas realizadas por Rita podemos perceber o quanto a possibilidade da perda de exclusividade sobre o seu próprio saber coloca os profissionais em uma posição tensa. Nesse momento, questionar a propriedade e

o “saber fazer” do outro aparece como uma forma de garantir o espaço e a autonomia sobre o seu próprio saber.

É possível observarmos que Karla, assim como Rita, trata dos incômodos decorrentes do processo de falta de delimitação de funções como se os mesmos não pertencessem a ela. A entrevistada narra acontecimentos, fala de incômodos, trazendo falas de outros profissionais e relatando situações de tensão com as quais ela não estaria diretamente implicada. Percebemos que no referido discurso a crítica ao novo modelo aparece de modo sutil e logo é suprimida pelas suposições de que as dificuldades apresentadas pelo novo modelo decorrem do fato de que ele é bastante difícil de ser posto em prática e que exige muitos esforços, aliás, discurso esse que aparece de forma recorrente durante a entrevista da profissional.

Esta é uma estratégia narrativa que se aproxima do que Potter (1992) caracteriza como *descrição vívida*. Nesta forma de argumentação o falante utiliza uma série de detalhes contextuais e acontecimentos para criar a impressão que observa o contexto “em volta” a partir de um olhar singular.

Nesse sentido, sua postura é de distanciamento. Não se posiciona de maneira clara em relação àquilo que descreve. Não é ela que tem reclamações em relação ao modelo, são os outros que reclamam: “hoje o pessoal está reclamando”. Não é ela que está incomodada, o que ela vê ao seu redor indica o incômodo: “pelo que a gente vem percebendo, causa um incômodo”. Karla assume a postura de quem faz um relato fiel do cotidiano do CAPS. Um relato de alguém que simplesmente observa aquilo que ocorre.

Como discutido em momentos anteriores, a reforma psiquiátrica e, por conseguinte, a criação dos serviços substitutivos pode ser interpretada, entre outros aspectos, como um grande processo de mudança em práticas profissionais que há muito estavam cristalizadas. Aqui nos damos conta de quanto à incorporação das novas práticas propostas pelos serviços substitutivos gera nos profissionais reações frente às mudanças, sejam elas de aprovação, estranhamento ou mesmo de confronto. Merhy (1997) chama a atenção para a complexidade das relações de trabalho no campo da saúde e de como as idiosincrasias presentes nesse contexto interferem nos processos de mudança nas condutas profissionais.

Para finalizarmos o presente item, traremos mais dois recortes de entrevistas que abordam a partir de outros ângulos o tema da indefinição dos papéis nos serviços substitutivos:

**Isabel – Enfermeira** : [...] no CAPS é bem diferente inclusive há muito questionamento no CAPS, a essa questão da especificidade, tem técnico que ele cobra muito isso... ai assim, ele não admite, por exemplo, ele ser um psicólogo, um terapeuta ocupacional e ta lá na, dentro de uma farmácia mesmo que esteja a medicação tudo organizado, mas ele pegar e dá a alguém, porque ele acha que isso ai não tem nada a ver com a área especifica dele, já outras pessoas acreditam que trabalhar em equipe é trabalhar dessa forma, que o CAPS tem que de... de... de... entendimento de funções.

(E): E você como é que vê isso?

(I): Às vezes, de forma muito ambivalente, porque a minha existe, existe um código de ética que ele é muito preciso né? Ela, ele na hora que a lei vem ela não, ela não quer saber de subjetivo ela vem, e ela vem e enquadra você. Por outro lado, de forma que é dentro deste modelo sei que não teria como funcionar com muita rigidez, certo? Então, você fica muito ambivalente quando você vê uma pessoa provar matematicamente que ela pode se comprometer se ela for fazer determinada função e por outro você... se a gente começa com tanta rigidez será que a gente não vai terminar novamente no manicômio.

**Gisele – auxiliar de enfermagem:** Assim, eu sou auxiliar de enfermagem e assim... infelizmente, assim... eu não sei se infelizmente ou felizmente a gente fica muito preso na parte burocrática. Porque assim, a gente tem essa farmácia e a gente não tem farmacêutico, também a gente trabalha com medicação psicotrópica era para ter um farmacêutico dentro dos CAPS.[...] Inclusive até já veio o conselho da gente, dizendo que realmente não estava dentro do foco da gente, que a gente não era acobertado a... A gente não realmente é acobertado pelo código de estar fazendo o serviço de farmacêutico.

A fala de Isabel aproxima-se da fala Karla em relação ao tom de distanciamento adotado. Contudo, percebemos um elemento novo no recorte de entrevista exposto: a entrevistadora questiona a profissional no intuito de que esta se posicione com relação à situação descrita. No entanto, é possível perceber que mesmo diante dos questionamentos da entrevistadora, a posição de Isabel é marcada por não assumir uma opinião definida sobre a temática em questão. Coloca argumentos contra, expõe idéias a favor, dá voz à opinião de terceiros, define-se, enfim, como alguém que tem uma posição “ambivalente” em relação à questão.

Outro elemento discursivo presente na fala de Isabel diz respeito ao recurso de *direito categorial* (POTTER,1992). Aqui, o código de ética é convocado como legitimador de seu argumento: não é Isabel quem afirma que é preciso haver delimitação entre as funções profissionais, é o código de ética, um elemento jurídico e popularmente respaldado que o diz.

O mesmo recurso está presente na fala da auxiliar de enfermagem Gisele, no momento em que dá voz ao seu conselho profissional para justificar a afirmação de que existem limites para o compartilhamento de funções.

Outro elemento que aparece de forma implícita na fala de nossas entrevistadas diz respeito à possibilidade de o discurso da flexibilidade entre as profissões estar sendo utilizado como forma de justificar as dificuldades estruturais do serviço, como a falta de profissionais, por exemplo. As falas das duas entrevistadas se reportam diretamente ao fato de auxiliares de enfermagem e enfermeiros estarem realizando atribuições pertinentes ao farmacêutico, uma vez que, ou no serviço não há o referido especialista – realidade do CAPS de Gisele – ou quando existe – no caso do CAPS de Isabel –, não há em número suficiente.

Nesse contexto, é importante discutirmos como, a partir das falas trazidas pelas entrevistadas, há a necessidade de que sejam abertos espaços de reflexão e de discussão sobre as novas configurações de saberes que se redefinem com a proposta CAPS, ou mesmo sobre o novo pensar sobre a assistência à saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica. A fala desses profissionais sinaliza que o canal de diálogo está aberto, necessitando apenas de uma melhor articulação de espaços de discussão.

## **5.2.2 A equipe descrita a partir dos conflitos**

Como discutimos anteriormente, ao analisarmos as entrevistas realizadas com estes profissionais – trabalhadores em saúde mental –, observamos diferentes descrições sobre o trabalho em equipe nos distintos contextos estudados. Como foi possível observar até aqui, vários momentos de tensão foram descritos pelos trabalhadores ao descrever as equipes das quais fazem parte.

Durante as entrevistas, os profissionais descreveram situações explícitas de conflito, ocorridas no interior de suas equipes. O presente item possui como finalidade analisar tais descrições.

### **5.2.2.1 Formação profissional fragmentada e Trabalho em equipe**

Karla, além de atuar como terapeuta ocupacional do serviço pesquisado, também exerce a função de gerente da instituição. Como visto anteriormente,

mesmo considerando que a equipe do serviço realiza uma prática interdisciplinar, a profissional sempre afirma que a interdisciplinaridade é difícil de ser alcançada. No recorte de entrevista a seguir, a profissional desenvolve outros argumentos que apóiam essa afirmação:

**Karla – Terapeuta Ocupacional:** porque não é fácil o trabalho em equipe não. É muito difícil, a gente tem muitos desencontros também. A gente tenta fazer, eu acho que a gente consegue fazer um trabalho interdisciplinar, mas tem momentos que a gente quer se pegar mesmo, não é... não é fácil. Tem momentos que a gente acha que é feito areia quando a gente pega ela dentro dá água, ela fica escapando pelo dedo e a gente não consegue segurar. Quer fazer um trabalho mais junto e a coisa escapa, tem momentos que a gente pensa que está fugindo, mas tem momentos que a gente pensa que está mais próximo e que a coisa funciona, né?! [...]

**(E):** quais elementos positivos e negativos você ressaltaria como presentes no trabalho em equipe?

Os negativos eu acho que tem haver com... sei lá... o jeito de ser de cada um. A formação da gente também tem um peso muito grande, né? Apesar de tanta discussão que... de tanta coisa que... vem havendo nas últimas décadas, mas a gente vê que a formação continua... Que continua o formato de a gente trabalhar o seu. Hoje é que a gente está vendo essa... Uma tentativa de se aproximar do outro.

**Isabel – Enfermeira:** E de negativo, talvez seja minimamente essa, situação onde começa tua, tua ação onde ela termina o que é que é específico mesmo nesse trabalho, que você não pode tá cobrando um do outro, porque às vezes você cobra do outro, mas o outro passou por uma formação inteira escutando que aquilo ali ele não poderia fazer, então eu acho que a, a situação da farmácia, se você for pra uma reunião onde a farmacêutica... jamais alguém pode atuar dentro de uma farmácia onde tem psicofármaco que não seja farmacêutico isso é radicalmente, por eles na visão das pessoas que planejaram o CAPS, o enfermeiro ou o técnico de enfermagem pode tá atuando ali sem nenhum problema, então existe algumas coisas pra mim que não são claras entendeu? Existem conflitos ainda graves com relação a situações, então eu acho que isso seria um ponto negativo, essas definições pelo menos de poucas situações onde essa questão da especificidade ela teria que acontecer, mas assim no grande, no macro eu acho que deveria existir mais flexibilidade.

O discurso recorrente sobre as dificuldades de ser interdisciplinar mais uma vez aparece na fala de Karla. Nesse recorte a entrevistada utiliza uma metáfora, da areia que, ao ser segurada escorre entre os dedos, para exemplificar as dificuldades do trabalho interdisciplinar no contexto de sua equipe de saúde mental.

Cita a formação acadêmica dos profissionais como uma das explicações para as dificuldades de se realizar um trabalho interdisciplinar. Para a terapeuta ocupacional o processo de formação das distintas profissões privilegia a intervenção fragmentada.

Contudo, a argumentação desenvolvida pela profissional não fica exclusivamente centrada a este elemento. As características pessoais de cada profissional também são consideradas como obstáculos ao trabalho em equipe. No decorrer de sua entrevista a terapeuta ocupacional traz a possibilidade de uma formação profissional diferenciada para solucionar a primeira dificuldade. Para a segunda – “o jeito de ser de cada um” –, ela não estende o debate.

A questão da formação fragmentada dos profissionais de saúde, apontada pela terapeuta ocupacional, também é discutida por Marins (2007) que ressalta as implicações da fragmentação das disciplinas, durante os cursos de formação, para uma posterior ação conjunta no cotidiano dos serviços de saúde. O autor destaca também que durante muitos anos o único espaço de atuação para a maior parte dos profissionais foi o hospital, ficando grande parcela dos estudantes pouco familiarizados com outros locais onde pudessem exercer sua profissão.

O discurso de uma formação fragmentada também é trazido por Isabel. Segundo a profissional, é bastante complexo querer que profissionais educados para não ultrapassar os limites de suas especialidades, possam atuar em lugares onde essas fronteiras não estão claramente definidas, como os CAPS.

A enfermeira, assim como Karla, também gerencia a instituição a que pertence. Em todos os pontos de sua fala pode-se observar que Isabel, na medida em que descreve as dificuldades no modelo de funcionamento dos CAPS, coloca-se também no lugar de pessoa que deve justificar tais dificuldades, e assim o faz, ao longo de seu texto.

Como observamos no item 5.2.1, Isabel, enfermeira e gerente da instituição, durante suas produções discursivas procura não implicar-se, colocando-se em uma posição de segurança nesse universo de conflitos. A postura diplomática da entrevistada faz com que ela discursivamente procure não se envolver: descreve os fatos e delimita os grupos – os que planejaram o CAPS e os que cobram delimitação de funções.

### 5.2.2.2 Modelo médico centrado e o Trabalho em equipe

Na fala de nossos entrevistados há descrições que posicionam o médico em um lugar diferenciado dos demais especialistas no interior das equipes. Tais posicionamentos são na maioria dos casos associados a situações conflituosas:

**Karla – Terapeuta Ocupacional:** Todos os técnicos eles fazem triagem e todos os técnicos são TRs com exceção do médico. O médico ele não participa da triagem, mas avalia todos os casos que serão admitidos e não é TR salvo algumas exceções, quando o médico diz: “Não, esse eu vou acompanhar!” Ou então, quando a equipe está tão sobrecarregada e diz: “deixa ele...” Ou então, a gente sugere. Vez por outra o médico assumir como TR. A gente tem essa experiência aqui.

(E) Por que eles não fazem à função de TR?

(K) O que se fala é que eles teriam que atender todos os usuários, porque eles têm que conhecer todas as histórias, tem que trabalhar com todos os usuários. Às vezes, o pessoal se queixa: “Porque a gente acaba sobrecarregado! O médico não faz laudo, o médico não é TR”. Mas, a gente também tem que ver que o médico tem muita coisa para fazer. Então, eles entram e passam a manhã todinha revisando casos, atendendo os casos novos é uma coisa... mas o pessoal ainda se queixa, alguns né?! Acha que a divisão não é muito justa, ele, eles poderiam... Mas, assim a gente também vê pela experiência que o médico está dentro do... alguns não querem. A gente tem médico aqui que vai... participa das atividades aqui, no geral como qualquer um, ele tem que participar da reunião de equipe, eles estão aqui toda quinta-feira, quando tem festa vão para a festa, compartilhar atividades é... é... festivas. O que... agora tem uns que se reservam mais a questão do atendimento do... mas, individual e tudo. Mas, existe já teve aqui no CAPS mesmo a proposta do psiquiatra poder atender em grupo. Ele atendia, fazia o atendimento grupal e a partir daquele momento ele, muitas vezes, dali mesmo podia definir que fulano estava necessitando de um atendimento individualizado, que o outro poderia ficar para depois.

**Ana – Psiquiatra:** Então, assim eu acho que é complicado pensar numa Reforma antes de reformar toda uma estrutura, assim CAPS, ambulatório, CAPS 24 horas. A gente não tem. Ambulatório é ineficiente, CAPS 24 horas não existe. Existe, às vezes, uma equipe assim desmotivada, sobrecarregada, CAPS faltando médico, eu vejo o médico, sobretudo, muito sobrecarregado. Afinal das contas a pressão maior é sobre o médico, né?! Que no final das contas, manejar com medicação tem uma responsabilidade maior, quando nada funciona é o remédio que apela para isso, né?! Eu acho que a sobrecarga é grande, a pressão é nos dois tipos de instituição, tanto no hospital [...]

Karla descreve a figura do médico no modelo CAPS como elemento à parte dos demais profissionais. Pelo discurso da entrevistada o psiquiatra é descrito como

alguém que, mesmo “teoricamente” devendo exercer as mesmas atividades que os demais profissionais, possui atribuições diferenciadas. A profissional passa todo o tempo da entrevista medindo as palavras para não descrever de forma negativa o profissional de medicina. À medida que inicia qualquer trecho que trás elementos negativos sobre o médico logo interrompe sua fala e introduz elementos positivos: “[...] alguns não querem. A gente tem médico aqui que vai... participa das atividades aqui”.

No discurso de Karla está implícito que os médicos ocupam um lugar diferenciado na hierarquia das especialidades profissionais. Ao afirmar que alguns médicos participam das atividades do serviço “como qualquer um”, ela está também confirmando que essas pessoas não são “qualquer um”. Mais uma vez, para não explicitar suas opiniões de forma direta, nossa entrevistada utiliza as queixas trazidas por outros profissionais para colocar-se numa posição de imparcialidade, que talvez seja exigida por sua função de gerente.

Nesse momento, é importante destacarmos o impasse em que se encontra a entrevistada, pois não pode negar o papel diferenciado que ocupa o médico na instituição e os demais especialistas cobram dela uma postura mais incisiva. Contudo, o cargo de gerente da instituição faz com que ela se posicione a partir de uma maneira diplomática, em que tenta justificar a forma de funcionamento do serviço.

Para conciliar tantos elementos diversos, Karla dá voz a uma instância externa: “O que se fala é que eles teriam que atender todos os usuários”. A frase proferida pela profissional não possui sujeito, por isso também não podemos questionar tal instância sobre o funcionamento das coisas de determinado modo e não de outro.

Percebemos aqui o recurso de vacinação (POTTER, 1998) no discurso produzido por Karla. Em nosso contexto, o recurso a uma autoridade externa ao diálogo e que não pode ser acessada de forma direta e imediata é compreendido como um modo de vacinar-se contra possíveis críticas que poderiam ser realizadas contra o discurso que está sendo construído. Quando Karla traz uma justificativa externa para explicar o porquê de o profissional de medicina possuir atribuições diferenciadas dos demais técnicos da equipe, sua responsabilidade sobre a realidade que relata ganha menos força e seu papel ganha outro foco na discussão.

As diferentes atribuições conferidas ao médico no espaço CAPS são elementos que não estão presentes apenas nas falas de Karla. Ana, psiquiatra da instituição, também descreve o funcionamento do serviço como bastante centrado no médico. Em seu discurso, o espaço do CAPS aparece permeado por uma série de dificuldades. Ela afirma existir muita demanda e poucos profissionais e as funções atribuídas ao psiquiatra aproximam-se bastante do modelo biomédico. Segundo nossa entrevistada, é centrada nele a maior “pressão” e, por consequência, a maior responsabilidade. A ação desse profissional também é descrita como um elemento superior sobre os demais, afinal, “quando nada funciona”, o poder de medicar é função do psiquiatra.

O discurso de Ana descreve um modelo de CAPS que funciona ainda muito centrado em terapêuticas medicamentosas. Tal descrição aproxima-se dos dados encontrados por Oliveira (2003), em seu estudo sobre os serviços substitutivos em Cuiabá/MT. Segundo a autora, mesmo o CAPS sendo percebido como um grande avanço para os ideais reformistas, o novo paradigma continuaria mantendo elementos do modelo anterior, principalmente no que se refere à centralização da assistência no médico. A autora, ressalta ainda que em sua pesquisa foi possível perceber que:

A medicalização é o mecanismo estruturante de todas as práticas analisadas e os instrumentos mais evidentes na abordagem terapêutica são os medicamentos psicotrópicos. A conformação de um novo paradigma de assistência - Reforma Psiquiátrica - requer a confrontação com o antigo modelo médico psiquiátrico, o que não se observou na realidade estudada (OLIVEIRA, p. ? 2003).

O relato trazido por Ana possui elementos que podem ser associados ao modelo manicomial tradicional. Poderíamos, a partir desse discurso, fazer alusão as descrições realizadas por Foucault (2005) em *História da Loucura*, no momento em que ressalta como a imponência da figura do médico tem como grande exemplo o ritual da visita médica às enfermarias dos grandes hospitais, quando adentrava “a grande sala” seguido por seus assistentes, enfermeiras e todo o corpo de profissionais de saúde que atuassem no local. Ou seja, a atuação do médico nos serviços substitutivos aparece descrita pela profissional nos mesmos moldes que são descritos os protótipos dos médicos que atuam nos antigos modelos

manicomiais: os profissionais médicos como atores principais e os demais especialistas como acessórios de sua atuação.

Mesmo quando busca descrever o funcionamento do serviço de forma positiva, Ana logo os associa a elementos negativos:

**Ana - psiquiatra:** (E) E assim, como a senhora percebe as atividades profissionais dialogando dentro do CAPS, nas reuniões de equipe?

(A) Isso eu acho um dos pontos positivos, sabe?! A gente está tentando aprender o que quê é trabalhar em equipe, cada um na sua, sem invadir, né?! O espaço do outro. Porque, às vezes, tem alguns profissionais: “Não, veja ai uma medicação para ele!”. Eu digo: “Não, calma, não é ver uma medicação. É ver inclusive se precisa”. Às vezes, vem nessa, às vezes atravessa um pouquinho aqui a área do outro. Eu acho que o médico assim, acaba sendo mais... porque é um modelo que eu acho que centra muito no médico.

(E) O CAPS?

(A) Também, não como no hospital, mas nos médicos também, isso acontece não mudou assim, de todo não. Então, assim, tem esses atravessadinhos, mas é uma coisa que a gente vem aprendendo, vem contornando, a gente discute, é enriquecedor, a experiência. [...] O grupo de medicação e de prevenção é missão do psiquiatra em participar. Eu não tenho feito esse grupo, porque assim, na minha opinião eu prefiro assim, atendê-los individualmente mesmo, mesmo porque eles em grupo assim, eles não expressam suas dificuldades mais íntimas, por exemplo, os homens falarem de uma dificuldade de desempenho sexual é difícil expressar isso em grupo e tal. Normalmente são essas as minhas atribuições, os atendimentos externos, internos, e em grupo.

Ana, mesmo afirmando no início de sua fala que a possibilidade de trabalhar em equipe possui características positivas, logo centra seu discurso em aspectos negativos do processo. A possibilidade de diálogo é encarada de forma amistosa desde que não interfira na seara de sua profissão. “As invasões”, segundo a entrevistada, são atribuídas a um modelo de funcionamento que mesmo tendo saído do hospital continua centrado no médico.

Novamente a profissional traz o discurso de uma equipe “médico centrada” para justificar as falhas no funcionamento do serviço. Poderíamos interpretar sua afirmação como uma negação/não aceitação do sistema vigente, uma vez que, segundo ela, cabem aos médicos as demandas de maior responsabilidade no serviço: “manejar com medicação tem uma responsabilidade maior, quando nada funciona é o remédio que apela para isso”. Ao mesmo tempo em que a médica constrói frases como a referida anteriormente, ela se nega a realizar atividades que

são partilhadas por outros profissionais ou que exigem interação entre muitas pessoas, como os trabalhos em grupo, por exemplo.

Ana não aceita realizar grupos, que são o tipo de intervenção predominante no CAPS. Justifica essa atitude alegando o bem estar dos usuários do serviço, que supostamente não se sentiriam à vontade para tratar de assuntos íntimos no espaço coletivo. Percebemos em seus discursos a valorização de uma postura tradicional do médico no atendimento individualizado, que é uma forma de atendimento mais hierárquico em que os lugares são mais facilmente demarcados.

Contudo, a profissional em nenhum momento relata a experiência de outros psiquiatras da instituição que tenham encontrado bons resultados no trabalho com grupos. Karla relatou algo nesse sentido anteriormente e José, psiquiatra, também afirma os aspectos positivos do trabalho em grupo: “[...] dos grupos de ‘Educação e Saúde’, que é realizado na terça-feira, que é outro momento também que eu acho muito proveitoso” (José – Psiquiatra).

O discurso de Ana critica o modelo de funcionamento do CAPS que, segundo ela, “centra muito no médico”, mas não traz ações que possam solucionar tais entraves. Se posicionando de forma contrária a este modelo, a profissional nega a eficácia das atividades deste novo modelo, e que são consideradas como positivas por outros profissionais. Observamos novamente a resistência à mudança referida por Merhy (1997), quando trata da incorporação de novos modos de se apropriar do *trabalho vivo* e do *trabalho morto*, entendendo como *trabalho morto* o arcabouço de conhecimentos instrumentais desenvolvidos durante o curso médico, no caso de Ana, e *trabalho vivo* as possibilidades de executar novas ações em novos espaços em um serviço que ainda encontra-se em construção, no caso o CAPS.

### **5.2.2.3 Compartilhamento de atribuições e Compartilhamento de Responsabilidades**

A questão do compartilhamento de funções e do compartilhamento de responsabilidades aparece no discurso de vários dos profissionais entrevistados. Selecionamos dois extratos de fala para discutir este assunto. O primeiro, da psicóloga Rita, corresponde à parte de um relato que foi anteriormente discutido, porém sob outro enfoque:

**Rita – psicóloga:** Então, isso tava assim, a gente tava muito incomodada com isso, como ela trata. Tanto é que ela levou o caso para a supervisão. E ela não gostou do que ela ouviu na supervisão também, e isso incomodou ela, porque ela achou que o que ela estava fazendo estava fazendo a coisa certa, para ela, ela tava agindo da forma correta. Sendo que a pessoa terminou indo para na, voltando para a Tamarineira. Então, foi uma coisa muito delicada muito chata o que aconteceu aqui. Isso já vem acontecendo, isso é uma dificuldade, enfermeira fazendo um outro papel aqui e o dela de enfermeira ela tava sentido dificuldade, ela não estava fazendo. Isso era uma coisa que estava gerando um certo... tanto na paciente, quanto para a equipe, quanto para ela mesma.

No recorte de entrevista exposto anteriormente, Rita relata uma situação em que uma profissional conduz um caso com diretrizes que não são compartilhadas por vários membros da equipe. Rita relata um incômodo que não pertence apenas a ela, “a gente”, pertence à equipe.

É importante ressaltarmos também que durante toda a fala de Rita, a responsabilidade sobre os acontecimentos descritos – a piora da usuária, sua internação em um hospital psiquiátrico – são reportadas como consequência das ações de sua Técnica de Referência, no caso a enfermeira. Na fala de Rita os demais profissionais aparecem como espectadores da realidade descrita demonstrando incômodo com a situação. A própria Rita percebia que as tentativas da enfermeira não eram as mais adequadas, porém nada era feito. Ninguém, além da enfermeira, era técnico de referência da usuária.

As discussões em torno da função de Técnico de Referência (TR) permeiam as descrições de vários profissionais. Karla, anteriormente já havia trazido para discussão os questionamentos lançados pela equipe sobre o médico não exercer a função de TR. O recorte de entrevista que traremos a seguir, da educadora física Marta, traz novamente a discussão desse tema agora sob um novo aspecto:

**Marta – educadora física:** Outros dizem assim, porque aqui tem essa questão de “Fulano é TR de usuário tal”. E aí quando aquele usuário entra em crise, que é como se fosse só o trabalho da TR, a TR que é culpada de tudo. A Técnica de Referência daquele usuário e não a equipe como um todo. Porque como você mesmo disse, todo mundo da equipe teve algum contato com ele. E pode o quê? Colaborar com essa técnica de referência para ajudar essa pessoa, mas tem gente que se esquivava, não quer de jeito nenhum [...] Eu vejo muito assim como descarte, que tem gente da equipe que gosta muito de descartar o problema maior e não de resolver. E quando já tem instalado dentro da equipe esse problema de um usuário com

esse problema de adaptação. Tem muitos, assim que chegam para ajudar, mas a maioria, é o que eu percebo, não colabora.

Em seu discurso, a função de TR exige maior dedicação e uma ligação mais estreita entre um determinado técnico e um usuário. De acordo com A Linha Guia de Saúde Mental (Secretaria de saúde, Minas Gerais, 2005) compete ao TR estabelecer e manter o vínculo com o usuário, focar as diretrizes de seu projeto terapêutico individual, definir junto com o usuário a frequência de atendimentos, realizar os contatos com familiares e com outros atores de seu universo social. Tal estreitamento de relações implica em maior tempo de dedicação ao caso e maior investimento em dispositivos terapêuticos para cuidar do mesmo.

A partir dos repertórios trazidos pela educadora física e também pela psicóloga Rita, podemos refletir sobre o quanto o discurso da interdisciplinaridade, ou por que não dizer o discurso da divisão de responsabilidades, obrigações e deveres, que permeia o universo dos serviços substitutivos, ao passo que pode deixar alguns profissionais mais a vontade, como afirmou José na primeira seção do presente capítulo, também se apresenta como possibilidade de excesso de trabalho para outros.

A fala de Marta descreve uma realidade bastante diferente daquela tratada nos manuais que discutem a implementação dos serviços substitutivos. Enquanto nos primeiros a função de TR é compreendida como forma de ampliação dos dispositivos terapêuticos, no universo descrito pela profissional tal função é compreendida como uma forma de distribuir o excedente de atribuições proporcionado por esse modelo de trabalho, muitas vezes descrito, como permeado por conflitos.

Para a educadora física, a função de TR, no serviço em que atua, é utilizada, por alguns técnicos, como estratégia para que um profissional se responsabilize por determinado usuário enquanto os demais se reservam ao direito de não se comprometerem com o mesmo: “E ai quando aquele usuário entra em crise, que é como se fosse só o trabalho da TR, a TR que é culpada de tudo. A Técnica de Referência daquele usuário e não a equipe como um todo”.

No contexto descrito por Marta, observa-se a configuração de uma nova forma de delimitação de funções, pois agora o usuário não será mais fragmentado conforme a especialidade. Cria-se uma nova forma de divisão para cada TR os seus usuários, fazendo com que mais uma vez as pessoas em sofrimento psíquico sejam

inseridas em um universo de cisões, em que tudo é partido, desde seu tratamento até seu processo de reabilitação.

A partir das falas trazidas até o presente momento, podemos compreender o como o processo de mudanças no universo do trabalho em saúde pode mostrar-se complexo. E quando pensamos nessas mudanças atreladas ao processo de Reforma Psiquiátrica a problemática é ampliada. Aqui não se trata apenas de novos espaços e lugares para se pensar a loucura. Nesse “novo” contexto o profissional não precisa apenas olhar as pessoas em sofrimento psíquico de outras formas, é preciso olhar para si mesmo, rever práticas e, muitas vezes, como afirmou uma de nossas entrevistadas, rever todo um processo de formação.

### **5.2.3 Mas, nem tudo são conflitos no trabalho em equipe**

Até aqui focalizamos as situações tensas ou conflituosas mencionadas pelos profissionais em suas descrições do trabalho em equipe. Entretanto, como não poderia deixar de ser, muitos dos profissionais com os quais tivemos oportunidade de conversar também retrataram o cotidiano dos serviços de outras maneiras.

Para Zélia, assistente social, o CAPS é um dos locais em que se podem desenvolver melhor as práticas interdisciplinares:

**Zélia – Assistente Social:** Assim, se eu for considerar em termos de prática, para mim, é uma das melhores práticas, em termos de interdisciplinaridade. Lógico que os médicos têm alguns direitos, mas em termos da própria política de saúde do município, da própria postura mesmo. Mas, na nossa relação de trabalho, a gente tem uma relação bastante linear, bastante horizontal, em termos de ter discutir os casos, de ouvido, de ter espaço. E realmente no CAPS a gente tem uma experiência interdisciplinar, é outra situação.

Nesse trecho da entrevista, a fala de Zélia aparece marcada por contrapontos que comparam o trabalho desenvolvido no CAPS a outros espaços: “é uma das melhores práticas”, “é outra situação”. Devemos contextualizar aqui que a assistente social trabalhou em um ambulatório de saúde mental, e que sua experiência no local foi, segundo seu relato, de pouca integração e interação entre as distintas especialidades profissionais.

A definição de interdisciplinaridade descrita pela profissional exige linearidade e horizontalidade nas práticas realizadas pela equipe. Tais prerrogativas, segundo

ela, são alcançadas pela equipe, com exceção do profissional de medicina que possui um lugar diferenciado no grupo. No entanto, a entrevistada atribui tal desigualdade a uma instância externa a equipe, ela faz parte “da própria política de saúde do município”. A forma de argumentação utilizada pela entrevistada responsabiliza uma autoridade externa pelas falhas no projeto interdisciplinar desenvolvido pela equipe.

Daniele, cuja fala discutiremos a seguir, assim como Zélia, já trabalhou em centros de saúde com características bastante hierarquizadas e durante a entrevista descreveu muitos elementos positivos no trabalho desenvolvido nos CAPS:

**Daniele – Terapeuta Ocupacional:** Se houver necessidade, por exemplo, de fazer uma visita, botar um usuário da gente num curso profissionalizante, nós vamos na escola, ou até no trabalho talvez. É... também junto com o assistente social, porque tem muita coisa que é da área do colega e a gente pede socorro. Mas, por exemplo, o usuário não tem nem documento para ir a uma perícia médica, então a gente vai junto ao assistente social; “E ai como é que a gente faz? Qual é o órgão que a gente manda?” Às vezes, ta em situação assim de miséria mesmo “Qual é o órgão que a gente pode é... é... recorrer?”. Então, a assistente social vai e ajuda a gente e fala “É o caso, é esse, esse, aquele”. Entendeu? Então, assim é... o profissional faz isso, todos os profissionais fazem isso. (...) E também assim, em cima dos projetos terapêuticos, quando a gente admite um usuário, a gente tenta formular já o projeto terapêutico para ele também geralmente os projetos terapêuticos são mais por cima das áreas de atuação de cada profissional, não vou dizer que a gente esquece os demais, mas, por exemplo, se eu disse assim que um usuário meu vai precisar trabalhar determinadas questões dele. A gente coloca: “trabalhar tais questões”. Mas, eu não vou me aprofundar nessas questões jamais como um psicólogo. Não teria nem sentido, eu posso fazer a escuta e de que é que eu posso intermediar. Mas, com certeza quando ele receber alta eu vou ter que encaminhá-lo para uma psicoterapia. Enquanto, que o que for da minha área e eu tiver realmente condições de me aprofundar ai sim eu me aprofundo.

A visão da partilha de atribuições profissionais aparece descrita também por Daniele, que mesmo não citando o termo interdisciplinaridade, descreve um sistema em que todos compartilham tarefas. A fala da terapeuta ocupacional relata uma realidade harmônica onde é possível partilhar dificuldades e trocar conhecimentos.

Outro elemento presente no recorte de entrevista aqui exposto diz respeito ao modo como a profissional trata da delimitação dos campos de atuação. Ela não expõe situações em que técnicos “invadiram” o campo de atuação de outros

especialistas. Porém, a harmonia descrita recorrentemente em sua fala, é atribuída – não podemos dizer que exclusivamente, mas esse é o elemento central de seu argumento – ao respeito entre as áreas de atuação de cada especialista.

De acordo com Silva e Tavares (2003) a busca de uma prática interdisciplinar em saúde mental implica na superação de fronteiras entre as diversas disciplinas. Para que tal situação se concretize faz-se importante que haja espaços comuns entre os diversos atores envolvidos no processo, que se estabeleçam diálogos e processos de integração mais profundos.

Como podemos observar a partir da discussão realizada até esse momento, os caminhos traçados entre a delimitação de espaços, a possibilidade de integração de saberes e o respeito às atribuições de cada profissão são bastante complexos. Seria fácil afirmar que existe uma realidade teórica e uma prática e falar das discrepâncias entre as duas. Porém, é possível observar que o universo do trabalho em equipe no contexto dos CAPS é bem mais singular e multifacetado que essa simples comparação.

### **5.3 Para novos lugares, novas configurações de saberes: será o CAPS um lugar em que prevalecem as profissões Psis?**

Durante as entrevistas foi possível conversar com os profissionais sobre sua visão do espaço CAPS. Como os mesmos percebem esse novo modelo de intervenção, e como fazem ligações, intersecções entre novos e antigos espaços de institucionalização de práticas e saberes sobre a saúde mental. Alguns profissionais expuseram não apenas questões pertinentes à Reforma Psiquiátrica como também falaram de suas percepções em relação aos distintos especialistas que atuam nesses espaços.

Dentre os elementos sinalizados nas entrevistas, um dos que nos chamaram a atenção diz respeito às descrições realizadas do CAPS como um espaço que supervaloriza as profissões ditas “psi”, ou seja, as psiquiatrias, psicologias e psicanálises, em detrimento das demais áreas de conhecimento que também compõem as equipes.

Um elemento importante a ser acrescentado e que por nós pôde ser considerado apenas a partir de informações não oficiais – conversas com profissionais da área e observação do cotidiano dos serviços –, diz respeito à supervisão clínica que é

oferecida aos profissionais dos CAPS do município de Recife. Esse momento ocorre quinzenalmente, durante as reuniões de equipe, e em todos os serviços é realizado por profissionais que se descrevem como psicanalistas.

Camila, enfermeira, descreve nos extratos de fala a seguir um episódio ocorrido durante uma reunião de supervisão:

**Camila – enfermeira:** Para começar eu sempre achei, uma vez eu já disse a ela [a supervisora]. Que eu sou enfermeira, não sou psicóloga. E eu não tenho obrigação de me, atuar como... e eu acho que a supervisão, quer que você seja assim... Pronto, eu levei um caso, ontem, eu esperei, eu acho que eu esperei muito da supervisão. (...) Então, ai nessa supervisão de ontem. Ai nessa supervisão de ontem, ela disse que eu tinha que ler Lacan, não ela disse: “Eu não sei como é que você leu Lacan.” Eu disse: “Olhe, de jeito nenhum que eu nunca li”. “Eu... Lacan, que dizem que é ruim que só.” A única coisa que eu li de Lacan foi naquela revistinha *Psiquê*, que tinha um monte de texto ai eu comprei para ler. Não, eu não tenho nada contra psicologia eu acho interessantíssimo, tem coisas que... tanto que meu filho faz terapia, meus dois filhos já fizeram. Mas, poxa eu não sou psicóloga. Se não eu ia deixar de ser enfermeira e ia ser psicóloga. E eu acho que num caso feito esse que eu to, dessa histórica grave. Ou me capacita, foi isso que eu pedi na reunião, ou me capacita ou tem que ter uma psicóloga junto de mim, me dando suporte, entendeu? (...) Entendeu? Ai, então ela diga como é que ela, porque ninguém nunca escreve do jeito como ela quer. Eu já vi como é que vocês psicólogos escrevem um caso. Eu não tenho formação para escrever um caso daquele jeito. Não foi isso que eu aprendi. Ai eu me sinto forçada a barra a escrever do jeito que ela quer. E ela diz que não fala assim e eu sempre entendo isso, a única coisa que eu vi aqui escrevendo um caso e ela gostou foi uma aluna da psicologia ai pronto a gente se rala ganha pouco... Você está entendendo? Ela diz que não fala assim, mas sempre entendo assim é como se a gente sempre estivesse fazendo a coisa errada. Entendeu?

A partir da fala de Camila, percebemos alguns elementos que poderiam ainda ser considerados pertinentes a discussão sobre os conflitos decorrentes do modelo de atuação das equipes interdisciplinares. Contudo, optamos por discutir os referidos elementos em outra seção por compreendermos que tal discussão diz muito mais de um modo de relação estabelecida entre os saberes psi e os demais saberes que circulam no espaço CAPS do que das relações entre categorias profissionais de um modo geral.

Aqui notamos uma série de recursos narrativos utilizados por nossa entrevistada. Em primeiro lugar, afirma que a supervisão seria um espaço em que modos de ser seriam impostos: “e eu acho que a supervisão, quer que você seja

assim...”. Nossa entrevistada resiste ao lugar “imposto” colocando que “eu sou enfermeira, não sou psicóloga”. Nessa fala, compreendemos mais uma vez a necessidade de que lugares sejam demarcados nesse espaço de trabalho. Posteriormente, ela coloca em xeque a qualidade da supervisão que, segundo ela, não atendeu as suas expectativas: “eu acho que eu esperei muito da supervisão”.

Nesse contexto, podemos observar que Camila ao negar o lugar que lhe é supostamente imposto, também desqualifica o ator que lhe sugere a colocação, negando a eficácia de seu trabalho. As sugestões de conhecimentos “psi” que lhe são ofertadas, mesmo tendo sido solicitada pela mesma também são negadas: “Olhe, de jeito nenhum que eu nunca li”, “Eu... Lacan, que dizem que é ruim que só.”

É interessante percebermos também, que, num determinado momento da entrevista, Camila muda a trajetória de sua narrativa, salientando que não tem “nada contra a psicologia”. Utiliza inclusive elementos de cunho pessoal, “meu filho faz terapia, meus dois filhos já fizeram”, para reforçar seu argumento. Com tal jogo discursivo nossa entrevistada busca qualificar seu discurso, *vacinar-se*, nos termos utilizados por Potter (1998), e isentar-se de qualquer acusação de que seus argumentos poderiam ser motivados por uma indisposição de caráter subjetivo contra a psicologia e não decorrentes da análise objetiva da situação.

A virada no discurso também é caracterizada quando a enfermeira reafirma a necessidade de capacitação, ou mesmo, do acompanhamento mais próximo de uma profissional de psicologia “ou me capacita ou tem que ter uma psicóloga junto de mim”. Novamente nossa entrevistada reafirma a questão da estruturação de saberes, qualificando o que pode ou não ser realizado por sua especificidade profissional.

A partir desse trecho de entrevista, observamos como as construções narrativas podem ser não lineares, fazendo percursos com idas e vindas, com argumentos que se constroem, se contradizem e se reconstroem. Nossa entrevistada produz sua argumentação utilizando uma série de recursos não apenas para se fazer entender como também para causar determinados efeitos em seus interlocutores. Tal percurso pode ser atribuído à complexidade das construções retóricas e a gama de escolhas que a mesma implica. Para Billig (2008) o processo de tomada de posição exige que sejam utilizados argumentos tanto contra quanto a favor do que irá se construir, ou seja, devemos dispor tanto dos elementos que poderiam ser utilizados em um argumento quanto daqueles que poderiam ser

rejeitados, desse modo, negação e afirmação compõem as construções discursivas de modo a tornar compreensível a questão polêmica em discussão.

O cenário das supervisões de equipe aqui novamente é trazido pela assistente social, Zélia:

**Zélia – Assistente Social:** É... Do negativo é o seguinte, eu acho que, por exemplo, a gente precisaria na equipe interdisciplinar a gente dar mais espaço a os outros profissionais se colocarem. Por exemplo, na reunião clínica a gente hoje vai ler um texto. Vai ler um texto sobre psicanálise, Lacan, porque não ler um texto de Marx? Alguma coisa de Marx, alguma coisa do SUAS, o Sistema Único de Assistência Social, entendeu? Eu acho que... Eu acho que falta um pouco de... Embora, na prática exista essa facilidade de dialogar, mas a gente ta na construção naquele negócio da leitura e de textos, entendeu? Então, a gente tem essa dificuldade. A gente, por exemplo, os textos que a gente lê aqui a gente, as leituras indicadas é mais na linha de psicanálise, de psicologia, entendeu? Então, ainda é o carro chefe. Agora, eu acho que isso ai o projeto terapêutico pudesse fortalecer também teoricamente essas outras áreas.

**Marta – Educadora Física:** não, eu nunca tinha trabalhado com saúde mental, é a primeira vez. Que eu to tendo esse contato. E ai depois do concurso foi me oferecido essa oportunidade de vivenciar esse momento com usuários do CAPS E. e ai eu tive que fazer um trabalho, assim é individual mesmo. Porque eu não tive ajuda de ninguém da equipe, eu trabalhei sozinha nas minhas descobertas de como trabalhar com esse público, porque ajuda da equipe eu não tive. Nem em reunião de equipe, eu vejo muitas coisas, mas eu não tive acesso a como se trabalhar com esse tipo de pessoas. Porque eles discutem na reunião a questão de casos clínicos, ajuda na minha profissão e no meu trabalho com eles, mas assim na minha atividade, na minha prática de atividade física, num tem tanta ajuda. Porque minha parte motora, essa parte as saúde mental junto com essa parte motora, eu não tive acesso a nada. Então eu não tive o apoio de ninguém.

Então, o que eu te falei é o que eu passo no dia-a-dia aqui, é o que eu posso dizer do meu trabalho dentro do CAPS. Que eu vou construindo a cada dia, com meu esforço e junto com a equipe de uma forma ou de outra procurando espaço, meu espaço aqui dentro. Porque eu sinto falta disso de uma espaço maior do profissional de educação física dentro do CAPS. Então, numa equipe que deveriam todos ser importantes o profissional de educação física ele fica também sem um pouco de importância como deveria ter junto com a equipe, então é isso.

A supervisão clínica apresenta-se, também na entrevista de Zélia, voltada para os saberes psi, aqui nossa entrevistada mostra-se crítica no que diz respeito à possibilidade de que outras formas de discutir a pessoa em sofrimento psíquico também são possíveis no âmbito dos serviços substitutivos. Ressalta a importância

de que também sejam discutidas as questões pertinentes ao serviço social, sua área de atuação.

Zélia descreve uma dicotomia entre teoria e prática, ressaltando que mesmo a equipe não possuindo dificuldades em agir de forma interdisciplinar no cotidiano de suas práticas, no que se refere às discussões teóricas há a prevalência do discurso psi. Aqui nossa entrevistada afirma que o próprio projeto terapêutico da instituição não fortalece a maior distribuição de saberes: “eu acho que isso aí o projeto terapêutico pudesse fortalecer também teoricamente essas outras áreas”. Ou seja, nesse momento Zélia muda o foco da responsabilidade sobre as discussões teóricas, que até então recaiam sobre a figura da supervisora, focando no próprio documento que define a missão e as atividades do serviço: o projeto terapêutico do serviço.

Por sua vez, Marta relata sua experiência de chegada a um serviço em que seus conhecimentos e inseguranças profissionais não foram acolhidos e valorizados. Afirma sentir dificuldades em interligar o seu fazer profissional e a realidade do trabalho no CAPS, afirma que os casos clínicos discutidos pela equipe não são de muita utilidade para seu dia a dia com os usuários.

A fala da educadora física Marta, mesmo não fazendo uma referência direta a prevalência dos saberes psi no espaço dos CAPS, chama a atenção para o fato da não valorização de outras formas de conhecimento no referido espaço. Acrescenta que a não valorização de outros especialistas, como o educador físico, por exemplo, não está de acordo com as propostas teóricas que fundamentam o projeto do serviço – “numa equipe que deveriam todos ser importantes o profissional de educação física ele fica também sem um pouco de importância como deveria ter junto com a equipe [...]”.

Os relatos trazidos até aqui por Camila, Zélia e Marta sobre a prevalência dos saberes ditos psi nos serviços substitutivos da cidade do Recife nos remetem a uma discussão realizada por Figueira Penido (2002) em que a autora discute o funcionamento dos CERSAM (Centro de Referência à Saúde Mental), no estado de Minas Gerais. Em seu texto a autora ressalta que:

(...) apesar da variedade de especialistas a compor as equipes multiprofissionais destes serviços observa-se que na prática não há distinção entre o trabalho que cada um destes profissionais realiza no CERSAM, com exceção dos psiquiatras, que detêm exclusividade em relação à tarefa da medicação. Os demais

profissionais, em sua grande maioria, sustentam uma prática de atendimento clínico baseado na referência da Psicanálise (facultada a qualquer profissional), que influencia de forma significativa a assistência à saúde mental em Minas Gerais (FIGUEIRA PENIDO, 2002).

A descrição realizada por nossas entrevistadas dos CAPS recifenses se aproxima bastante do que é descrito sobre os serviços substitutivos em Minas Gerais. Aqui se destaca a presença de dois elementos interessantes: a prevalência do saber psicanalítico que cada vez mais ganha espaço na discussão em torno da saúde mental e as referências a distinção do conhecimento médico enquanto aquele que detém atividades restritivas, como a medicação.

É importante salientarmos que mesmo o saber psicanalítico não sendo restritivo aos profissionais de psicologia e psiquiatria, como afirmou Figueira Penido (2002), o mesmo ainda é bastante associado à figura desses profissionais. Nesse contexto, a enfermeira Camila, traz novamente a discussão para uma nova polarização de saberes, que segundo ela estariam se configurando nos serviços substitutivos:

**Camila – enfermeira:** [...] Eu sinto muito isso, sabe? De relação de poder que existe no hospital é o psiquiatra e no CAPS é o psicólogo. Eu já tive... Ela [a supervisora] é a segunda psicóloga que eu tive dificuldade, a outra era a gerente a outra gerente clínica, graças a Deus era ótima por ser minha amiga e a gente passear fora, mas trabalhar junta era complicado, pense que ela jurava que ela era o Rei Midas que todo paciente que ela tocasse iria ficar bom. Ela tinha um precon... briga com médico. Outra coisa que já me perguntaram por que, que é que nenhum médico consegue ficar em CAPS. Num, num tem médico que queira. Nós tínhamos duas médicas ótimas, que elas vieram a mim e disseram: “Camila eu não quero mais nem... vou bater as poeiras do sapato, nunca mais eu quero ver um CAPS”.

(E) Hum, hum. Mas, assim você nota diferença entre o modelo de funcionar lá e o modelo de funcionar aqui?

(C) É isso que eu to te dizendo. São duas coisa que são bem claras. Por mais que o pessoal diga que não é, hegemonia de CAPS é psicólogo, hegemonia de hospital é médico... entendesse? Agora, você pode ver cargo de secretaria de saúde mental tudinho é psicólogo. Só não gosto muito da posição de certos psicólogos de sentar a lenha no hospital, tem gente que nem conhece o hospital, né?

(E) Mas, porque você acha isso?

(C) acho não, porque é briga na reunião técnica quando tinha essa colega que eu to te dizendo ela questionava o diagnóstico dos médicos direto, era de para ela, ela tinha um preconceito com esquizofrenia. Se o coitado do psiquiatra entrasse um e ele botasse que o diagnóstico inicial era esquizofrenia. Parava a reunião. E a psicanalista dava a maior bola. Entendeu? Que a minha colega me

passou muito os pés pelas mãos com conviência de A [a supervisora]... Entendeu?

Nesse momento, é importante destacarmos que Camila atua nos dois espaços de intervenção: é enfermeira do CAPS e de um dos maiores Hospitais Psiquiátricos do Estado. Na fala da entrevistada, observamos que a questão do *saber poder* muito discutida no contexto do processo de estruturação da Reforma Psiquiátrica, parece ganhar um novo cenário de discussão quando adentramos nas práticas pertinentes a proposta CAPS. Nossa entrevistada relata existir uma nova configuração de saberes em que a psicologia assume o lugar de saber hegemônico antes reservado à psiquiatria. Nesse contexto, o discurso da igualdade de saberes estaria ocorrendo apenas em uma dimensão teórica, na prática “Por mais que o pessoal diga que não é, hegemonia de CAPS é psicólogo [...]”.

A partir da entrevista, a discussão de novas/outras possibilidades de conhecimento acaba por afastar os antigos detentores do conhecimento hegemônico, os psiquiatras. Assim, o espaço que no plano teórico poderia levar a reflexões para a elaboração de novas práticas e saberes, parece cindir a equipe e formar novos pólos de hegemonia: o hospital para o psiquiatra e o CAPS para os psicólogos. A enfermeira descreve uma nova realidade que “num tem médico que queira”.

Mais uma vez o saber/poder da prática médica aparece em destaque na fala de Camila, tendo em vista que, a interferência na atuação do psiquiatra parece incomodá-la muito mais do que a possibilidade de “tornar-se uma psicóloga” para satisfazer as exigências do modelo CAPS, como ela havia relatado anteriormente. Observamos que mesmo nesse espaço de reestruturação de práticas e saberes, tão conturbados que leva a uma possível redefinição de papéis, a hegemonia psiquiátrica parece persistir em alguns profissionais.

Contudo, é interessante destacar que a realidade descrita por Camila não é compartilhada por todos os membros da instituição. O psiquiatra José possui uma visão diferenciada do cenário dos novos serviços:

**José – Psiquiatra:** Então, quando eu cheguei no CAPS foi realmente um... Um... Choque assim em relação a... Embora, eu soubesse da teoria e tal, mas é uma outra... Realidade, né? Inclusive essa questão multiprofissional, que em hospital a gente via muito no discurso mas, na realidade não funcionava, o papel do médico era sempre mais hegemônico, sempre predominante e aqui a gente teve oportunidade de vivenciar isso na prática, o que eu achei

extremamente positivo. Quando eu disse que teve um choque, é porque é muito diferente né? A dinâmica, a sistemática. Inclusive o que me deixou muito mais confortável essa questão de não haver essa hegemonia, porque você se coloca numa posição muito... Arriscada eu diria. É você quem vai determinar à alta. Alta mesmo quem dá é o técnico de referência, quem concede à alta né? Claro, que a gente opina né? Mas, a... a... pelo aspecto, vamos dizer que a soberania é do técnico de referência, como a admissão, quem vai admitir ou não é... é... o profissional que está escalado na triagem, o triador, então a gente se sente até numa posição mais confortável de não ser a palavra final, não ser, né? Tudo é discutido muito de forma coletiva. Então, é o que eu acho de mais positivo no trabalho do CAPS. Embora, eu veja que tenha divergências, o que é natural.

Em sua fala há vários elementos de oposição à fala de Camila, mesmo um personagem não possuindo conhecimentos do discurso do outro. A situação que é descrita pela enfermeira como desconfortável e conflituosa, que termina por expulsar os médicos dos novos serviços, é descrita por José como extremamente positiva.

É consenso entre os dois profissionais que o Hospital Psiquiátrico e CAPS são espaços diferentes, que no novo serviço a psiquiatria não aparece como atriz principal da situação. Para José, que possui mais de vinte anos de atuação em instituições totais, atuar em um novo contexto foi inicialmente “um choque”. Contudo, o que para muitos profissionais foi motivo para a não aceitação do novo sistema – “vou bater as poeiras do sapato, nunca mais eu quero ver um CAPS’ ” – para outros é descrito como uma possibilidade de dividir uma responsabilidade definida como pesada, “Arriscada eu diria”.

É importante frisarmos nesse momento, como já foi ressaltado em momentos anteriores, que uma mesma situação pode ser descrita de modos diferentes por atores diferentes, que possuem contextos pessoais e vivências diferenciadas. Podemos considerar que tal processo reflete a circulação de uma gama de discursos diferentes em um mesmo espaço. É importante também destacarmos que tal variabilidade discursiva, poderá dar-se entre distintos discursos de um mesmo sujeito. Para Billig (1991) a variabilidade é o reflexo, no discurso da pessoa que a produz, das distintas concepções que estão em conflito no interior de uma dada sociedade.

Aqui nos deparamos com uma situação interessante. Camila acredita que os CAPS proporcionam uma supervalorização dos saberes ditos psi, mais especificamente da psicologia e psicanálise, se configurando também como um espaço hostil aos profissionais da psiquiatria. Zélia, como referido em capítulos

anteriores, acredita que a psiquiatria ocupa um lugar de destaque, mas que isso se deve à política do município e não a equipe. O que ela atribui à equipe é uma supervalorização dos saberes psis de modo geral em detrimento de outras especialidades como o serviço social, por exemplo. José, possuidor de larga experiência em manicômios, acredita que nos novos serviços substitutivos as responsabilidades são diluídas e tudo é igualmente considerado e debatido. Já Marta, educadora física, não sente sua profissão respeitada e considerada no âmbito do trabalho nos CAPS.

A partir das falas de nossos entrevistados podemos observar como a configuração de saberes ainda se apresenta em transição no espaço dos serviços substitutivos. Enquanto no modelo hospitalocêntrico o pensamento nosográfico da psicopatologia e objetificação dos sujeitos prevalece, no CAPS a proposta de reestruturação de um novo saber mostra-se em processo de construção e mesmo possuindo vertentes mais fortalecidas nesse espaço, como afirmam alguns dos profissionais entrevistados, mostra-se passível de ser discutida, como fala a assistente social Zélia.

Faz-se interessante notarmos que mesmo as profissões ditas “psis”, ainda possuindo um espaço de discussão privilegiado nos serviços substitutivos, alguns elementos mostram-se inovadores e afastam significativamente as práticas centradas na psiquiatria das proposições reformistas. Em primeiro lugar, é importante pensarmos que se hoje é possível não pensar a pessoa em sofrimento psíquico apenas sobre o ponto de vista psicopatológico, ampliando essa visão para outras formas de pensar o humano, tal modelo, uma vez aberto a modificação, possibilita que novas discussões sejam a ele incorporadas. Não devemos também deixar de mencionar que os novos atores desse cenário: assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, educadores físicos, entre outros, mostram-se muito mais ativos nesse novo contexto, não se permitindo aceitar as novas normas sem dialogar, sem discutir, sem buscar contribuir e incluir suas singularidades.

## **6. AS EQUIPES E A REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Como já dissemos em outros momentos, as equipes multiprofissionais são parte fundamental do processo de reforma psiquiátrica. Segundo Rotelli *et al.* (2001), o referido processo trouxe um enriquecimento das competências profissionais e dos espaços de autonomia de decisão dos operadores, transformando tanto a modalidade da formação profissional quanto os critérios para avaliá-la.

Neste capítulo nos deteremos as nuances do trabalho em equipe no que compete suas interligações com o processo de Reforma psiquiátrica. Inicialmente discutiremos como os profissionais entrevistados descrevem o processo de tornar-se equipe nos serviços substitutivos e posteriormente buscaremos compreender como eles posicionam a loucura nesse novo contexto.

### **6.1 O processo de “tornar-se equipe”.**

Em nossas entrevistas nos chamou a atenção o modo como os profissionais descreveram seu processo de inserção nos serviços pesquisados, e especificamente o modo como descreveram o processo de tornar-se ou não equipe.

A temática discutida aqui surge no decorrer das entrevistas nos momentos em que buscamos compreender como cada profissional entrou em contato com o tema da Reforma Psiquiátrica e como descrevem sua entrada nos serviços substitutivos. A partir desses elementos várias histórias foram relatadas e analisaremos os repertórios interpretativos construídos nesse processo.

Em primeiro lugar, é importante destacar que a maior parte dos entrevistados relatou só ter entrado em contato diretamente com a temática referente à Reforma Psiquiátrica a partir de sua admissão no serviço. Tendo a saúde mental sido escolhida pela possibilidade de um novo campo de trabalho e não por uma afinidade ou identificação inicial com o tema.

**Maria – Terapeuta Ocupacional:** Na verdade, eu não escolhi é nunca desde que eu me formei eu não tinha pretensão de ir pra saúde mental, eu não, não escolhi, mas acabei é vindo para cá.

(E): E como é que foi? Sua vinda para cá, você veio assim, todo mundo chegou junto? O pessoal já estava? Como é que foi?

(M): Existia uma equipe aqui que era contrato e aí como teve o concurso, foi modificada toda equipe, né? Então, a equipe antiga teve que, sair, né? E toda a equipe nova, né? Junto comigo também tava, todo mundo que chegou, chegou igual comigo, né? Todo mundo concursado, aí é não teve muita... um momento de transição não, eu não conhecia a terapeuta ocupacional que tava antes na outra equipe, não teve uma, uma passagem dos... uma transição não.

(J): Hum. E vocês tiveram capacitação pra começar a atuar?

(M): Não, a gente não teve capacitação. No início, no início assim alguns meses depois até teve uma iniciativa da coordenação de saúde mental de ter algum grupo de estudo que se encontrava semanalmente, ler textos tudo, mas não uma capacitação maior que a gente necessitava muito na época e era uma reivindicação do grupo todo. Porque é... não era só eu que não tinha escolhido saúde mental, mas todo mundo na época a maioria, a grande maioria na época não tinha escolhido saúde mental, tinha muita essa angústia, né? E sem ter tido uma transição, sem ter uma capacitação e a gente aqui e agora o quê que está acontecendo? Essa situação que ficou.

**Marina - Enfermeira:** É, sou enfermeira, trabalhava no programa da saúde da família, fiz o concurso de Recife, passei, fui lotada aqui sem nenhuma experiência anterior, sem nenhum desejo (risos) e fui ficando, não... Tentei algumas vezes ser transferida, não consegui. Até que a gente vai se acostumando. Aí to há cinco anos com saúde mental. Até pouco investimento houve nisso assim tanto... É... Investimento no sentido de fora pra dentro, de... de... das instâncias superiores promoverem capacitações pra gente, atualizações tanto o desejo de ir buscar mesmo porque, por que a gente foi... E nem tinha assim condições pra... Não era dada condições pra gente ta buscando isso também, aí a gente foi ficando, ficando, mas aprendendo no... no tapa com, com que ia chegando ia acontecendo, mas nada muito formal não.

**Gisele – Auxiliar de Enfermagem:** Eu já... Eu trabalho há cinco anos [com saúde mental] e... pera aí... 2004. É isso aí, cinco anos. Cinco anos e... Três meses. Aí foi minha primeira experiência tanto na saúde mental quanto no geral. E aí eu fiz o concurso e fui lotada para o CAPS. “O que é CAPS?” Há cinco anos atrás eu não sabia nem o que significava CAPS. Aí né? Vim e conheci o serviço, com muita sorte na verdade, no dia da lotação, eu tava lá e fiquei assim “Meu Deus, o que é CAPS?” Aí com muita sorte minha, tinha uma colega, uma amiga minha que estava sendo lotada, no mesmo dia que eu e falou um pouco o que era CAPS. Dizendo que eu ia trabalhar com saúde mental, como a gente faz enfermagem raramente escolhe saúde mental para trabalhar, só realmente quem é enfermeiro como a gente pensa e realmente está escolhendo, mas a gente nível médio, raramente quer trabalhar com psiquiatria. Aí ela disse: “Ta, mas é bem diferente do hospital”. Infelizmente minha

experiência em relação ao hospital fechado não foi muito boa, aí você fica meio apavorada porque saúde mental é meio impactante. Aí ela explicou como era o CAPS, que já tinha precisado do serviço e era um serviço muito bom. E aí realmente quando eu conheci e comecei a trabalhar. Hoje, eu gosto muito de trabalhar com saúde mental, apesar de ser assim, cada dia um desafio. Mas, assim eu gosto muito de trabalhar e sairia daqui só realmente se fosse necessário. Mas, por enquanto eu continuarei na saúde mental eu acho que até meus últimos dias [...]

(E) Você falou que tinha experiência com hospital? Foi na tua formação ou depois do curso?

(G) Foi na minha formação. Foi no curso, na época do curso que a gente tem o estágio né? Foi na época do estágio que eu tive experiência com psiquiatria, foi em hospital fechado. E essa experiência não foi muito boa, porque, infelizmente a saúde... no hospital fechado a saúde mental no hospital fechado é muito complicada (06:36). E a minha experiência não foi muito boa por conta disso, foi mais presídio é muito ruim... A experiência no hospital que eu fui, não sei se são todos...

As experiências com a saúde mental descritas pelas três entrevistadas são muito semelhantes. Inscreveram-se em um concurso público entre os anos de 2003 e 2004, concurso realizado pela Secretaria de Saúde do Município, em que a seleção não especificava os locais de trabalho aos quais as vagas eram destinadas. Ao entrarem, a maior parte das lotações foi reservada aos serviços substitutivos. Nesse contexto, os profissionais foram inseridos em locais de trabalho com os quais a maioria não possuía afinidade ou mesmo não conhecia.

O novo local de trabalho mostrou-se permeado por obstáculos, pois os entrevistados relatam não estarem familiarizados com as atividades desenvolvidas no CAPS. Afirmam que além de não terem sido apresentados e inseridos na nova atividade pelos antigos profissionais contratados, que saíram por ocasião do concurso, também não passaram por um processo de capacitação que os introduzisse no novo sistema.

A não identificação com a saúde mental está presente nos três relatos. Contudo, percebem-se algumas nuances em suas construções discursivas que valem a pena ser explicitadas.

Maria revela não ter sido seu desejo inicial trabalhar em uma instituição voltada para a saúde mental, relatando não ter sido acolhida durante o processo de chegada ao serviço e estendendo todo um conjunto de experiências não apenas a ela como a todos os outros profissionais que também ingressaram com ela naquele momento. Conjunto de experiências no qual estavam presentes a angústia, a

indefinição e a desorganização. Todo o seu discurso é organizado de forma a caracterizar o modo como o CAPS funciona no presente como uma decorrência da desorganização do passado. Isso fica bem claro ao final do seu relato: “E sem ter tido uma transição, sem ter uma capacitação e a gente aqui e agora o quê que está acontecendo? Essa situação que ficou”. O presente que, de maneira tácita, é retratado como negativo (“essa situação que ficou”) é explicado e justificado por eventos ocorridos há alguns anos.

A falta de interesse de Marina de ingressar no serviço é descrita pela profissional com alguns toques de ironia. A palavra “desejo” ou porque não dizer o “não desejo” permeia todo o seu relato. Nossa entrevistada descreve sua entrada, suas posteriores tentativas de sair do serviço e os poucos investimentos da gestão nos novos funcionários.

É possível observar que a enfermeira Marina constrói todo o seu argumento responsabilizando o sistema gestor pelas dificuldades encontradas em seu processo de adaptação ao serviço. Ela busca ponderar, falar da possibilidade de também serem tomadas iniciativas pessoais, no entanto essa possibilidade é introduzida no discurso com bastante cautela. Podem ser percebidas várias reticências em seu discurso à medida que descreve suas possíveis implicações sobre seu processo de capacitação. Ao final do discurso a entrevistada afirma: “Não era dada condições pra gente ta buscando isso também”, finalizando a questão com a afirmação de que seu ofício precisou ser aprendido “no tapa”. Ou seja, toda a responsabilidade por uma formação inadequada é atribuída ao sistema gestor.

As falas de Maria e Marina apresentam-se como discurso de justificativa que as isenta da responsabilidade por qualquer fracasso existente hoje no serviço. Colocam-se em uma postura que salienta as dificuldades – foram colocadas em um local no qual não gostariam de estar – e apontam os culpados por suas dificuldades de execução de atividade e adaptação ao serviço: os órgãos gestores.

Diferentemente de suas companheiras de profissão, Gisele não critica os processos estruturais do serviço, nem relata sentir falta de um sistema de capacitação nas equipes. Nossa entrevistada atribui suas dificuldades à falta de informação. Seus contatos iniciais com a saúde mental, durante o período de estágio, foram “impactantes” elemento que a fez rejeitar a idéia inicial de atuar em qualquer serviço da área.

A auxiliar de enfermagem se apresenta como alguém que, mesmo possuindo uma dificuldade inicial, não conhecia o local onde iria trabalhar, superou essa dificuldade e agora se mostra totalmente implicada e dedicada ao serviço, no qual deseja trabalhar até seus “últimos dias”.

Gisele, como explicado anteriormente, é auxiliar de enfermagem. Profissão que na escala de valorização do modelo médico-centrado não ocupa um lugar de destaque. O espaço dos serviços substitutivos, descrito por nossos entrevistados no capítulo anterior, por mais críticas que receba, ainda pode ser visto como um local que busca distanciar-se do modelo hospitalocêntrico. Nesse sentido, podemos compreender que o CAPS seja descrito por nossa entrevistada como uma possibilidade mais interessante de trabalho do que os hospitais psiquiátricos.

A afirmação, recorrente nas falas de nossos participantes, de que não se sentiam motivados, pelo menos inicialmente, a trabalhar com saúde mental pode ser parcialmente justificada pelo fato de grande parte desses profissionais ter realizado sua graduação nos anos 80, momento em que as discussões sobre a reforma psiquiátrica ainda não faziam parte das grades curriculares dos cursos de saúde. Nesse período, as discussões sobre saúde mental eram totalmente voltadas para o modelo hospitalocêntrico que, como afirmou Gisele: “é meio impactante”. Aqui faço a ressalva, também reforçada por dados trazidos pelos próprios profissionais, de que mesmo atualmente grande parte das grades curriculares ainda não contempla de forma satisfatória as discussões sobre saúde mental e reforma psiquiátrica.

José debate essa falta de interesse a partir de sua realidade como profissional de medicina e preceptor de alguns alunos em processo de conclusão do curso médico:

**José – Psiquiatra:** (E) como o senhor avalia essas discussões [sobre Reforma Psiquiátrica] feitas no curso médico, na formação?

(J) Precaríssimas, inclusive tenho essa oportunidade de dar essa opinião, porque nós como recebemos aqui, não é?...doutorandos, passam pouco tempo, duas semanas, tal, mas a gente sente o completo desconhecimento. Imagine na minha época, isso há vinte anos, o curso médico não contemplava essa questão da reforma psiquiátrica pelo menos para mim era desconhecido, todos dessa época, né? Então, eu reforço que tendo contato aqui com os doutorandos, a gente percebe claramente. Inclusive a gente tem feito sugestões. Porque há uma, não sei nem se isso é intencional, essa é minha avaliação, essa é minha leitura, que o estudante de medicina, ele entra em contato primeiro com o hospital psiquiátrico, no caso com o Ulysses Pernambucano, vejo como uma experiência desastrosa, porque, inclusive tem desestimulado, você vê que o

número de estudantes de medicina que optam por seguir a psiquiatria é cada vez menor, não é? E isso é em parte, eu atribuo à desinformação. Desinformação porque ele tem primeiro contato com o hospital, e tem um choque, porque o hospital psiquiátrico, pelo menos o Ulysses Pernambucano, você sabe que é muito precário, as condições são precaríssimas. Então, tem contato com essa realidade e eu vejo que isso já é um desestímulo. Tanto é que quando eles chegam aqui no CAPS, eles: “CAPS é isso?” Então, já é uma outra realidade. Eu posso até dizer isso também, não no meu caso, porque na minha época... CAPS tem quanto tempo o CAPS?

**Isabel - Enfermeira:** (E): Você percebe assim os enfermeiros investindo nesse processo [na saúde mental]?(...)

(I): Não. Não percebo não, e existe um afastamento, existe um medo, é uma formação que não é prepara muito pra essa área não [a enfermagem].

(E): Hum, hum.

(I): Certo? Assim eles... é uma área que não dá muito o retorno financeiro ela é uma área que, que assusta a muitas pessoas porque tem longos anos que essas pessoas agridem, que essas pessoas elas matam, que são bicho do mato entende... então, você às vezes, muitas vezes, escolhe uma formação pensando em atuar... ai é diferente de um psicólogo, do psiquiatra que sabe que não vai ter como fugir dessa área a partir do momento que ele escolhe essa formação.

No excerto anterior, José relata sua experiência na graduação, há vinte anos, em que não se falava em reforma psiquiátrica nos cursos médicos e acrescenta sua experiência com os novos alunos que realizam o curso nos dias de hoje. José afirma ser a “desinformação” o fator decisivo para o baixo número de profissionais médicos que se interessam pela psiquiatria.

Interessante destacar também na fala de José a afirmação segundo a qual o modelo substitutivo é muito mais atrativo aos médicos do que o modelo manicomial. Destacando que a falta de interesse dos mesmos se daria pela falta de informação sobre esse novo modelo.

O discurso de José, em dissonância com o discurso de muitos de seus companheiros, apresenta o CAPS como uma instituição extremamente satisfatória. Diferentemente do hospital psiquiátrico, que representaria uma “experiência desastrosa” para os estudantes de medicina, o CAPS produziria assombro e deslumbramento: “quando eles chegam aqui no CAPS, eles: ‘CAPS é isso?’”. É interessante observar que a fala de José representa um CAPS diferente daquele representado por outros participantes desta pesquisa para os quais os novos serviços seriam lugares inóspitos e hostis aos médicos psiquiatras.

Na argumentação realizada por José a classe dos médicos não procura os serviços substitutivos por puro desconhecimento. Não é por oposição ideológica ou por sentir que esse é um espaço onde os médicos perdem poder, tal como afirmam outros entrevistados ou mesmo alguns teóricos (BASAGLIA, 2005; CASTEL, 1987).

É interessante lembrar a afirmação de Billig (2008) segundo a qual quando argumentamos não estamos apenas defendendo uma posição, estamos combatendo argumentos alternativos que existem no interior de nosso meio social, e que tal ação faz parte do jogo retórico. Ainda segundo o mesmo autor, combatemos essas posições contrárias de maneira implícita ou explícita. É o que parece fazer José, ao retratar os médicos como desinformados. Sem citar os discursos acusatórios, parece estar rechaçando as descrições que retratam os médicos como pessoas que se afastam das práticas reformistas por puro interesse corporativo.

Outro elemento interessante que encontramos na fala de José, e na fala de Gisele, trata não apenas das poucas discussões realizadas sobre saúde mental nas salas de aula, mas também da forma como esses debates vêm sendo realizados. Nossos entrevistados descrevem um sistema que primeiramente insere os estudantes no modelo de cuidados manicomial, sem realizar uma discussão crítica dos processos que ocorrem no referido espaço: “[...] ele tem primeiro contato com o hospital, e tem um choque [...]”, e apenas em um segundo plano são introduzidas as discussões sobre reforma psiquiátrica. Em alguns casos, relata Gisele, a discussão sobre a reforma simplesmente não ocorre: “Há cinco anos atrás eu não sabia nem o que significava CAPS”.

A discussão sobre a formação no curso de enfermagem, levantada por Isabel, inspira outra reflexão. A profissional afirma que os enfermeiros não possuem uma formação que prepara para atuar na referida área. Tal prerrogativa vai de encontro ao histórico da profissão de enfermagem e suas interseções com a saúde mental. Pois, como afirma Castel (1987) os enfermeiros possuem sim uma tradição no trabalho psiquiátrico, contudo esse está voltado às práticas hospitalares. Desde a análise do funcionamento da psicologia de setor, o autor ressalta que grande parte dos enfermeiros possuía dificuldades de exercer suas atividades fora das enfermarias psiquiátricas, uma vez que distante desse local suas atribuições não eram bem definidas.

Entretanto, o discurso inicial de Isabel, que começa atribuindo o afastamento da enfermagem em relação a saúde mental a questões relacionadas à formação,

aos poucos ganha novo tom. A mesma afirma não haver interesse por partes dos enfermeiros pela saúde mental devido ao baixo retorno financeiro e a periculosidade da clientela, que possui longos históricos de agressão. Diferentemente dos psiquiatras e psicólogos que não tem “como fugir dessa área”, os enfermeiros não investem na saúde mental por opção.

A partir das discussões realizadas até aqui, vamos voltar nosso olhar para uma das queixas realizadas por nossos entrevistados, no caso, a da falta de um processo de capacitação no momento de sua admissão nos serviços substitutivos. Iremos expor alguns recortes de entrevista que falam sobre o tema:

**Rita - psicóloga:** (E) Ai assim, quando você entrou para cá você recebeu capacitação, como é que foi a proposta?

(R): Eu mesmo não (risos) [...] Olha, pelas queixas que eu escuto as pessoas falarem. Elas sentem muitas dificuldades de lidarem com a crise, né? Principalmente diferenciar, todos nós temos, diferenciar neurose de psicose, é... Tem sintomas neuróticos que estão em psicótico, tem sintomas psicóticos que estão em neuróticos. Então, para diferenciar a estrutura é um tanto complicado. E lidar também né? Porque só o que você tem que diferenciar para saber como... como conduzir o tratamento. Não só na expressão, mas no dia-a-dia. O que está acontecendo com o paciente, como lidar com ele, é muito diferente lidar com o psicótico, lidar com o neurótico e vai exigir uma série de... Então... É muito complicado, porque as pessoas muitas vezes, não porque não querem, mas porque não foram, não estudaram para isso. Não tiveram esse, essa cadeira na faculdade também, e depois. Teve muita gente que foi encaminhada e teve gente aqui que nem teve interesse...

**Zélia – Assistente Social:** (E) [...] vocês receberam treinamento? Como é que foi a chegada de vocês?

(Z) ah não, a gente não recebeu treinamento. A gente só foi prometido, mas não foi feito. A gente aprendeu realmente assim, a psicopatologia e a saúde mental na prática no dia-a-dia, porque a prefeitura prometeu dar uma capacitação para os profissionais do serviço. Eu que tinha trabalhado com saúde mental no ambulatório, muito antes, e estava completamente por fora deste contexto de reforma psiquiátrica, dentro desse contexto atual, tinha uma noção porque estudei para o concurso. Fiz o concurso e estudei, mas em termos de experiência a gente não tinha. Fui aprendendo tudo aqui, agora como foi uma área que eu sempre tive interesse.

**José – Psiquiatra:** (E) E na ocasião dessa vinda, teve algum momento que vocês sentaram para conversar, ou até mesmo para estudar sobre esse modelo de funcionamento?

(J) Você diz depois do concurso?

(E) Depois do concurso, ou até mesmo na ocasião de seu contrato? Houve um período assim de estudo?

(J) Não, não, não. Eu vim com pleno desconhecimento. Assim, prático, sabia da questão como funcionava na teoria né?! Da reforma psiquiátrica, como funcionava essa coisa toda, mas assim na prática, não tinha nenhuma experiência.

Aqui nos deparamos com uma realidade interessante. Temos um processo seletivo, chamado concurso público, que não conseguiu unir às especificidades de formação de cada profissional às demandas de pessoal nos serviços substitutivos. Posteriormente temos um grupo de profissionais que se encontra atuando nesses espaços, mesmo não revelando interesse de nele trabalhar.

Ainda nesse contexto, nossos entrevistados vêm afirmar que não passaram por nenhum momento que os capacitasse a atuar nos serviços, mesmo tendo alertado para sua falta de experiência com a temática. Nossos entrevistados descrevem um sistema gestor que demonstra pouco cuidado com os profissionais recém contratados. Tais descrições são, em alguns casos, trazidas com ironia, como o caso de Rita que chega a rir ao ser questionada se houve ou não um processo de capacitação ao ingressarem no CAPS.

A fala de Rita chama atenção para o fato de que a falta de capacitação não traz implicações negativas apenas para os profissionais, mas também para o tipo de serviço que estarão recebendo os usuários. A entrevistada afirma que muitos dos técnicos não possuem conhecimentos suficientes para diferenciar patologias diferentes e as nuances do tratamento de cada caso.

Zélia salienta que coube a iniciativas pessoais de cada profissional formar-se e compreender a temática com a qual iria trabalhar. A mesma afirma também ter realizado seu processo de formação no dia-a-dia dos serviços. Nesse contexto, a fala de José aproxima-se também dos relatos de Zélia no que diz respeito a um conhecimento teórico incipiente que teve que ser aprimorado no contato direto com os usuários.

Iniciativas pessoais também são apresentadas por Renato como necessárias para conseguir se apropriar da nova temática com a qual está trabalhando:

**Renato – Educador Físico:** (E): E assim aqui no serviço quando vocês entraram, vocês receberam alguma capacitação pra ta atuando com essa demanda, com esse tipo de trabalho?

(R): Eu acho que como todo mundo, que a grande maioria chega em CAPS não tem preparo, né? No meu caso fui eu que escolhi nesse momento, mas quando eu entrei na 1º vez em 2004 eu tinha uma leve noção do que era, mas ai assim a instituição a, a gestão não teve nenhum tipo de orientação, de capacitação para os profissionais

que tão entrando no CAPS né? A capacitação que teve foi só isso os professores se reunir e buscar na literatura o quê que já existia pra tentar construir esse conhecimento. Ai tinha a capacitação na gestão pra gente ai não aconteceu, a gente foi construindo durante o tempo.

(E): Vocês se reuniram?

(R): Isso mesmo, grupo de estudos, a gente tinha reuniões mensais pra estar refletindo sobre a nossa situação no CAPS e vê o quê que seria mais adequado como proceder essas atividades, então isso é uma... um grupo reunido que foi construindo durante todo esse tempo. E hoje pro concurso foi a mesma coisa não teve nenhum tipo de capacitação específica e até comprometeu um pouco, inicialmente o trabalho, entrou muita gente nova no concurso e esse pessoal não tinha conhecimento do que era CAPS, né?!

A entrevista de Renato, mesmo possuindo elementos que se aproximam da discussão levantada por outros profissionais, traz um elemento novo. Um grupo que se organiza de forma paralela ao sistema vigente, que lhes nega o direito a um programa de capacitação. As alternativas aqui, diferentes do relato de Zélia e sua iniciativa individual, trazem nova composição à narrativa que ganha um sentido mais coletivo. Renato e os demais educadores juntam-se para debater a temática que atrela sua profissão à saúde mental.

A iniciativa realizada por Renato e seus companheiros aproxima-se das descrições realizadas por Rotelli *et al.* (2001) do sistema de formação realizado pelos profissionais que fizeram parte do processo de reforma italiano. Contudo, vale salientar que na Itália, diferente do que é descrito pelos profissionais de Recife, tais espaços de formação eram legitimados pelo sistema gestor e eram também compreendidos como parte do funcionamento dos serviços.

Nardi e Ramminger (2007) salientam que o profissional atuante nos serviços de saúde mental propostos pela Reforma Psiquiátrica muitas vezes se encontram na tensão entre habitar um lugar rico para criação e invenção, e as constantes desvalorizações decorrentes de seu lugar de servidor público. Tais dificuldades vão da falta de investimentos e de ações intersetoriais até uma escassez de pessoal que os leva a uma elevada carga de trabalho. Para os autores:

É neste jogo que temos a subjetivação do trabalhador de saúde mental, considerando que é no confronto com o sofrimento - seja valendo-se dele para criar, seja lutando para não adoecer - que se dá o cotidiano de sua atividade (NARDI e RAMMINGER, p. 284, 2007)

## 6.2 Posicionando os usuários do serviço

Outra temática contemplada em nossas entrevistas, e que também trata diretamente da reforma psiquiátrica, diz respeito a como os profissionais entrevistados posicionam os usuários dos serviços substitutivos. Aqui buscaremos compreender como são construídos os discursos sobre o portador de sofrimento psíquico e quais os repertórios interpretativos são trazidos para a discussão.

Nardi e Ramminger (2007) afirmam que a Reforma Psiquiátrica ao convocar os profissionais a repensar sua compreensão sobre a loucura contribui para a desconstrução de saberes e certezas e exige um novo trabalhador. Para os autores, esse profissional precisa transcender as paredes do hospital e adentrar as cidades, necessita repensar sua ideia de loucura e começar a pensar em cidadãos.

No decorrer de nossas entrevistas percebemos que no universo dos serviços substitutivos coabitam uma série de discursos distintos sobre a loucura. Nesse momento nos damos conta de como os processos de mudança no trabalho são complexos e como cada agente ocupará posições diferenciadas nesse contexto:

**Marta – Educadora Física:** [...] e ai no CAPS, as pessoas que tinham sido lotadas ninguém se adaptou. Porque é justamente como eu estou te falando. É difícil. Quando eu cheguei aqui, tinha vários pacientes em crise. Então, eu vi duas agressões, participei de duas agressões, nunca fui agredida aqui, mas participei de duas agressões e ai eu fiquei com um pouco de medo realmente. Mas, eu disse: “Eu não vou desistir. Já que eu estou aqui e ninguém dos meus colegas quiseram enfrentar, eu vou enfrentar esse CAPS.” Que é o CAPS de transtorno, nem todo mundo gosta de participar de CAPS de transtorno, assim fazer esse trabalho no CAPS de transtorno.

(J) Hum, hum.

(M) Então, para mim foi muito difícil, porque eu nunca tinha tido, nunca tinha entrado num hospital psiquiátrico, nunca tinha tido contato, com ninguém. [...] E ai o caso que eu te digo é que eu não, eu não, eu ainda assim estou me adaptando, eu não posso dizer que eu estou totalmente adaptada, eu tenho medo de ser agredida, eu tenho medo de fazer alguma atividade que eles não gostem, apesar que as atividades que eu coloco são mais a parte lúdica, que eles possam entrar nessa interação entre eles, eu levo eles para parques, para a gente fazer essa atividade nos parques, para a praia então eles tenham atividade com a natureza fora também tenham contato com outras pessoas que não só os usuários daqui do CAPS, como o E. A. Que agora a gente vai ter uma festa.

No discurso de nossa entrevistada observamos como a mesma relata seus primeiros contatos com a saúde mental. O relato do medo, o status de

periculosidade atribuída à loucura, típica das pessoas que possuem pouco contato com as pessoas com transtorno psíquico, parece persistir na educadora física. Marta inicia seu relato descrevendo-se como pessoa que está enfrentando um desafio, desafio esse que foi rejeitado por muitos outros educadores físicos. Entretanto, a profissional afirma sentir medo dos usuários do serviço, falando de cenas de agressão que teria presenciado e revelando o receio de ser também agredida. O temor descrito por Marta direcionaria inclusive as atividades coordenadas pela profissional, pois teria receio de “fazer alguma atividade que eles não gostem.”

A discussão sobre a noção de periculosidade atribuída ao louco vem sendo há muito discutida no processo de reforma psiquiátrica. Contudo, Koda e Fernandes (2008) afirmam que a aproximação, pelo menos inicial, ao campo da loucura mobiliza aspectos de ordem psíquica relativos ao medo frente ao desconhecido, “àquilo que por longos anos ficou depositado e recluso no interior dos muros do hospital psiquiátrico” (p. 2).

Entretanto, não podemos afirmar que a imagem de periculosidade se encontra presente apenas no discurso dos profissionais com pouca experiência no trabalho em saúde mental. O discurso de Ana também reproduz essa imagem:

**Ana – Psiquiatra:** Às vezes, assim uma vigilância, eu digo assim, um guarda mesmo sabe?! Porque, às vezes, assim eu percebo que a gente fica aqui meio inseguro sabe?! Qualquer pessoa tem acesso aqui ao CAPS. A gente tem um guarda patrimonial, ele é responsável pelos patrimônios que estão aqui dentro, mas pelas pessoas não. O paciente agitou a gente faz como?

(E) Já aconteceu...

(A) Já, já...

(E) de o paciente...

(A) Já. No hospital a gente tem lá os vigilantes, eles vão, dão todo o apoio, vão em cima. Aqui não.

(E) Aqui teria que a equipe mesmo tentar alguma coisa?

(A) Sim, fica meio solto, eu acho que falta isso sabe?! A questão de segurança dos profissionais e até do usuário mesmo, peca bastante nisso.

Nossa entrevistada não apenas reforça a imagem de periculosidade atribuída à loucura como também salienta que uma crise forte deve ser contida por agentes de segurança, “os vigilantes”, e não por profissionais de saúde devidamente habilitados para fazê-lo, como preconizam os princípios reformistas. Ao longo desse trabalho, e também baseado no estrato de fala anteriormente exposto, observamos que Ana possui ideais bastante voltados para o discurso anti-reformista, trazendo

conceitos estritamente manicomiais para o espaço dos CAPS, como o conceito de “portas fechadas” e mesmo a idéia de periculosidade atribuída à pessoa em sofrimento psíquico.

Contudo, percebemos que a psiquiatra apresenta um discurso permeado por reticências, o que salienta certo cuidado na escolha das palavras. É possível observar que por mais que não se concorde com o discurso defendido pela reforma psiquiátrica, poucas pessoas explicitam abertamente pontos de vista contrários a esse movimento, principalmente quando se trata de questões tão polêmicas como os acima discutidos e por profissionais que trabalham em espaços publicamente defensores da nova perspectiva.

Em algumas de nossas entrevistas os profissionais explicitaram não apenas o modo como se posicionam perante os usuários, assim como também trouxeram repertórios que tratam dos posicionamentos da equipe frente a esses atores.

A seguir veremos o exemplo de uma profissional que ao passo que busca posicionar a equipe também se posiciona e posiciona os usuários:

**Camila – Enfermeira:** Também já foi melhor. Eu também já sinto hoje em dia que a gente não tá mais muito coerente com isso não. Entendeu? Essas coisas que eu tô te dizendo, às vezes tem, vai ter um usuário que chega em crise, vamos dizer que é meu e a pessoa fala. “Ai pelo amor de Deus, não vai colocar no intensivão não, por que ninguém agüenta”. E a gente tá aqui para que?!...  
[...] É como eu tô te dizendo tem gente aqui eu... Detesta... E faz a abordagem errada que é outra coisa que eu fico muito preocupada aqui. É como aconteceu num dia. Veja só? Na verdade eu acho tão engraçado, eu pensei que essas coisas era só no hospital. A gente sabe que... Tem amigo que trabalha inclusive o contrato de convivência, para não fumar nas dependências da casa e aí tem usuária que... E aí o que foi que aconteceu, uma colega foi fazer uma abordagem com ela e eu acho que foi porque ela tava fumando, comendo na sala e aí a usuária jogou o iogurte na cara da menina e a técnica pegou e jogou na usuária também. Eu não entendo, porque lá no Ulysses... isso é tudo o que se sempre se combateu, não é verdade? E aí quando eu vejo que é um pessoal que briga tanto pela reforma aí. Eu nem brigo tanto por essa reforma não... Eu acho às vezes esse negócio tão embolado. Eu acho que essa reforma é uma coisa boa, mas eu acho que ela tem que ser conquistada. Porque a gente fazer certas coisas e depois. Porque a gente pensa tanto, sonha tanto. E no final quando a gente vai ver, “na hora veja” não é bem assim. Então poxa, que postura! É por isso que eu digo, eu acho que isso tem que ser, a gente tem que ver. Ou então eu ir tirar o cigarro da boca do usuário e levei uma tapa, eu num levei porque pedi, pedi? O cara já tá lá todo ansioso, ali é onde ele tá descarregando a ansiedade dele. Peça para ele sair, se ele não sair é porque ele não está conseguindo. Aí eu não entendo essas coisas.

A descrição realizada por Camila traz uma série de elementos a serem observados. Nossa entrevistada introduz sua fala relatando haver uma incoerência entre o discurso reformista da equipe e as práticas que são desenvolvidas pelo grupo. Inicia um processo de defesa dos usuários, que em alguns casos necessitam de cuidados intensivos e são “rejeitados” de forma arbitrária pela equipe. A incoerência do grupo é de tal forma enfatizada pela enfermeira que a mesma relata ações ocorridas no serviço que são sutilmente comparadas aos maus tratos ocorridos nos hospitais psiquiátricos, “lá no Ulysses... isso é tudo o que se sempre se combateu”.

Aqui percebemos que o objetivo inicial da enfermeira seria posicionar-se como alguém que é a favor de posturas reformistas e posicionar a equipe como possuidora de uma postura contraditória. Contudo, nota-se que o discurso de Camila aos poucos se revela uma crítica à própria reforma e ao modo como se conduz o tratamento nos serviços substitutivos, “Porque a gente pensa tanto, sonha tanto. E no final quando a gente vai ver, na ‘hora veja’ não é bem assim”.

Outro elemento discursivo presente na fala de Camila diz respeito à utilização do *discurso direto*: “Ai pelo amor de Deus, não vai colocar no intensivão não, por que ninguém aguenta”. Tal elemento discursivo é caracterizado quando há uma reprodução literal do que foi dito por outra pessoa. De acordo com Potter e Wetherell (1987), utiliza-se esse recurso para dar legitimidade ao discurso, para que ele pareça verdadeiro e convincente para o receptor.

A partir da fala de Ana e Camila, podemos perceber que estas duas técnicas, possuem trajetórias profissionais próximas, ou seja, ambas trabalham em hospital psiquiátrico e em serviço substitutivo. As duas expressam, seja através do discurso, seja através da descrição de suas práticas, posturas que não legitimam o processo de Reforma Psiquiátrica.

Outra forma de posicionamento realizada em relação aos usuários do serviço diz respeito à loucura vista sob o referencial da psicopatologia:

**Marina – Enfermeira:** É diferente de um hospital que cuida de um hipertenso, de um diabético, de uma criança que vai se tratar, melhora e não, a clinica é uma coisa da... Do transtorno é uma coisa muito assim... muito complexa porque a gente não pode garantir que o paciente ta curado né? Ele vai, volta ele, é sempre muitas entradas e muitas saídas, raros são... Assim, dificilmente a gente vê um que

saía bem mesmo com cura é tanto que a gente trata a crise e faz o encaminhamento pra ele dá continuidade ou num ambulatório, ou num PSF, ou numa psicoterapia e muitas vezes a gente não chega a vê o resultado porque esta em outros serviços [...]

**Isabel – Enfermeira:** Então você, você num pode ser aquela pessoa que, que entra no sofrimento do outro, que você é mergulhe na... dentro da... da doença da pessoa é... porque a gente também não pode deixar de reconhecer que existe uma pessoa que tem um diagnóstico que é um doente, né? Você tem que ter cuidado com o preconceito, mas você não pode deixar de reconhecer a doença e nem tão pouco você é... ta se confrontando com uma pessoa que ta em pleno delírio, que ta num sofrimento extremamente... é concreto...

O relato de Marina está totalmente voltado aos aspectos biomédicos da loucura. A discussão central levantada por nossa entrevistada está focada no conceito tradicional de cura, há muito combatido pelos teóricos da reforma psiquiátrica. A enfermeira descreve uma clínica complexa onde não há garantia de curas, nem é possível acompanhar o “paciente” durante todo percurso de seu tratamento.

Segundo Rotelli *et al.* (2001), a grande questão da psiquiatria tradicional foi ter cindido “o objeto fictício, a ‘doença’, da existência global, complexa e concreta dos pacientes e do corpo social” (pp. 27-28). Nesse contexto, sob o ponto de vista biomédico, pensar a noção, não apenas de cura, mas do próprio conceito de evolução do tratamento, fica muito mais cheio de entraves e dificuldades.

No relato de Isabel percebemos uma série de posicionamentos e discursos interagindo entre si. A profissional convoca distintas vozes que interagem, atuam e se relacionam, apresenta a postura daqueles que relativizam a loucura para além da doença, mas ao mesmo tempo coloca-se num lugar daquele que não pode desconsiderar o elemento biológico. Traz a questão da sensibilidade ao lidar com os usuários, mas também coloca que deve haver certo distanciamento, que não se deve “mergulhar” nesse universo e correr o risco de entrar no sofrimento do outro.

O fenômeno da variabilidade discursiva tal como se apresenta no discurso de Isabel é descrito por Billig (1991) como uma decorrência das distintas concepções que estão em conflito numa determinada sociedade, sendo refletidas no discurso individual. Nesse sentido, as possibilidades de variação discursiva tornam-se consequência das características do senso comum e dos seus temas em debate.

O receio de ser interpretada como pessoa preconceituosa, faz com que nossa entrevistada organize seu discurso de modo a defender-se de futuras acusações

antes mesmo de ser interpelada: “Você tem que ter cuidado com o preconceito, mas você não pode deixar de reconhecer a doença”. Formulações desse tipo têm sido identificadas por diversos estudiosos (POTTER E WETHELELL, 1987; VAN DIJCK 1987) e em seus formatos mais sintéticos aparecem assim: “eu não sou preconceituoso, mas...”, “Eu não sou racista, mas...”.

O CAPS é novamente descrito como um local de tensão entre pontos de vista distintos, cujo acesso privilegiado de algumas ideias oprime formas distintas de expressão. Nardi e Ramminger (2007) levantam a questão sobre as distinções entre o profissional que milita nas causas da Reforma e aquele que mesmo trabalhando em serviços substitutivos não assume a postura militante. Para os autores, esse segundo grupo encontra dificuldades de expressão no interior das equipes, uma vez que as ideias que se diferenciam do ideal circulante costumam ser sufocadas nesse meio. Os autores salientam ainda que:

Talvez a questão seja a possibilidade de reconhecer que todo trabalho inclui riscos e que a militância, enquanto forma de implicação e de expressão do que se acredita, é um importante apoio para a saúde no trabalho. No entanto, se esta mesma militância nega a reflexão mais livre a respeito dos limites do trabalho em saúde mental, porque a Reforma Psiquiátrica *tem* que dar certo, transformar-se em fonte de sofrimento. A reflexão desaparece, cegada pelo discurso da verdade única, impedindo a ação para transformar o trabalho a partir do reconhecimento dos problemas que ele apresenta. (NARDI e RAMMINGER, p. 283, 2007)

A partir das várias reflexões realizadas até aqui e dos distintos posicionamentos atribuídos à loucura, nos damos conta do quanto os momentos de transição, como o qual nos encontramos, em que coabitam várias possibilidades de se ver, pensar e cuidar da loucura, possibilitam que uma multiplicidade de repertórios circule em um mesmo espaço.

Tal pluralidade de referenciais pode ser atribuída ao cenário atual da reforma psiquiátrica recifense em que os serviços substitutivos coabitam com grandes Hospitais Psiquiátricos, inclusive com o hospital com o maior número de leitos psiquiátricos ativos do país, o José Alberto Maia<sup>5</sup>. Esses locais não são apenas interligados pelo tipo de público que recebem, profissionais e usuários atuam e

---

<sup>5</sup> Como referido na Introdução, após a realização das entrevistas foi oficializado o processo de fechamento do referido hospital.

circulam nesses distintos espaços, fazendo circular as idéias e referenciais de ambos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entre (des) encontros, tensões e possibilidades. Foi assim que percebemos o trabalho das equipes nos serviços substitutivos aos manicômios na Cidade do Recife. Durante o desenvolver de nosso texto muito foi dito a respeito desse processo, aqui buscaremos reforçar alguns pontos, comentar outros, mas não esgotá-los. Acreditamos que o presente trabalho, assim como a reforma encontra-se em movimento, é apenas o começo e não o fim de um processo.

A partir das tentativas de compreensão de nosso material discursivo observamos que os discursos apresentados pelos profissionais, em muitos casos, foram permeados por contradições e variabilidades, o que reflete o universo complexo do fenômeno em questão. O cenário atual da saúde mental de fato é bastante polissêmico, nele coabitam novas e antigas propostas de intervenção, ainda ativas, ainda em interação. De acordo com Amarante (1998) a reforma psiquiátrica caracteriza-se como um *processo* histórico de crítica e prática que tem como meta o questionamento e a construção de propostas de transformação para o paradigma psiquiátrico.

Nesse sentido, à medida que compreendemos a reforma como um processo, é possível entender a complexidade da realidade estudada. E compreender também que os avanços foram significativos se considerarmos o curto espaço de tempo no qual foi materializada, pouco mais de trinta anos <sup>6</sup>. Analisar criticamente a forma, como está ocorrendo o processo de reforma psiquiátrica na cidade do Recife, mostra-se fundamental para que possamos compreender quais as dificuldades e possibilidades de avançar.

---

<sup>6</sup> Consideramos, de acordo com o exposto por Amarante (1998), o início do movimento reformista brasileiro nos anos 70 a partir do surgimento de críticas mais efetivas ao paradigma psiquiátrico e organização dos primeiros movimentos de luta antimanicomial no país.

Como dito anteriormente, as contradições, tensões e conflitos foram bastante recorrentes nos discursos dos profissionais entrevistados. Atribui-se às equipes uma prática multiprofissional e/ou interdisciplinar. Entretanto, não foi possível observar reflexões teóricas mais aprofundadas sobre tais práticas, o que reflete uma necessidade de mais estudos teóricos nos serviços pesquisados. Necessidade essa que foi apontada pelos técnicos ao revelarem que não foram capacitados durante o processo de sua entrada nos centros e que isso interfere na execução das atividades no serviço. Tais elementos também foram encontrados por Almeida e Mishima (2001) ao discutirem sobre o processo de implementação de equipes interdisciplinares no programa de saúde da família. Para as autoras o movimento de construção de um projeto comum entre diferentes especialistas, em uma equipe, exige um processo de formação e capacitação permanente de todos os profissionais envolvidos, ressaltando ainda que hoje na saúde há uma “carência” de tais processos.

Observamos que as definições e descrições sobre o trabalho em equipe também se apresentaram permeadas por essa dimensão tensa e conflituosa. Falou-se dessa prática em equipe como elemento diluidor das especificidades de cada profissional, em alguns momentos as práticas ocorridas nos CAPS foram definidas como confusas, por nossos entrevistados. Nesse momento, percebemos nos técnicos em saúde mental, mesmo que em diferentes graus, uma premente necessidade de delimitação de espaço. Tal elemento também foi encontrado por Campos (1997) em seu estudo sobre os CAPS mineiros.

A questão dos limites entre as especialidades apareceu nas falas de nossos entrevistados sob diversas perspectivas. A invasão do espaço de atuação dos distintos especialistas aparece recorrente durante as descrições de situações conflituosas. O processo de formação fragmentado realizado pelos cursos de saúde aparece entre as justificativas para as dificuldades do trabalho em equipe. A formação, segundo os técnicos, é excessivamente especializada, e nela não se tem oportunidade de interagir com outras áreas de conhecimento. A formação também é utilizada como motivo para justificar a dificuldade de alguns especialistas com as novas propostas da saúde mental, como no caso dos enfermeiros e médicos, que ainda possuem suas práticas bastante voltadas para o modelo biomédico.

O processo de formatação dos cursos de graduação também é trazido à discussão quando debatemos sobre o desinteresse descrito pelos técnicos, quando

no início de suas carreiras, pela saúde mental. Alguns profissionais, como o psiquiatra José e a auxiliar de enfermagem Gisele apontam uma formação em saúde mental voltada para o sistema manicomial e o desconhecimento sobre os serviços substitutivos como elementos centrais desse desinteresse.

Alguns profissionais ao posicionarem os usuários do serviço revelaram posturas arraigadas de preconceito no que diz respeito a esses atores. A questão da periculosidade atribuída ao louco aparece em discursos de distintos especialistas e mesmo, em alguns casos, parece interferir em suas práticas, como observamos nos relatos da educadora física Marta, por exemplo, e da psiquiatra Ana, que afirmaram sentirem-se ameaçadas por essa possibilidade de perigo, destacando ainda essa psiquiatra o desejo de um sistema de segurança mais efetivo no espaço para impedir possíveis incidentes. Nesse sentido, podemos refletir que nem sempre a mudança do espaço de intervenção sobre a loucura irá garantir que novas posturas possam ser adotadas diante dela. Peter P. Pelbart (1989) chama a atenção para a ideia de que quando não mais existe o manicômio, como espaço físico, poderá permanecer atuante o “Manicômio Mental”, segundo o autor esse seria o outro lado da clausura.

A partir desse contexto, percebemos o universo de contrastes e contradições que permeia o funcionamento das referidas equipes. Tais coabitações de ideias e posturas manicomiais, presentes nos serviços substitutivos também foram encontrado por Alverga e Dimenstein (2006) ao estudarem o funcionamento dos serviços substitutivos na cidade de Natal/RN.

Os profissionais, em muitos casos, não só coabitam esse universo de contrastes no plano das ideias, em nossa pesquisa nos deparamos com pessoas que atuam nos dois espaços, serviços substitutivos e manicômios. Tais vivências aparecem não apenas em seu discurso, como também nos posicionamentos que recebem dos demais membros da equipe.

Nesse contexto, outro tipo de discussão que surgiu em nossas entrevistas diz respeito às descrições realizadas de CAPS que supervalorizam as profissões ditas psi – psicologia, psiquiatria e psicanálise – tal discurso aparece na fala de distintos especialistas, educadores físicos, assistentes sociais, enfermeiros que relatam não sentir seu saber teórico/prático valorizado no espaço desses serviços. Tais considerações também se apresentam como relevantes quando se busca discutir possíveis reconfigurações no saber/poder dos serviços substitutivos.

Aliás, as discussões realizadas sobre as configurações do saber/poder no contexto dos serviços substitutivos também mostraram bastante variabilidade. Mesmo entre os especialistas da mesma área de atuação, tal discussão não apresentou consenso. Os repertórios interpretativos utilizados para descrever o trabalho nos CAPS foi desde os que definiram as práticas como centradas nos profissionais de medicina até aqueles que consideram que o espaço dos novos serviços repele os referidos especialistas.

Um elemento de consenso entre os profissionais entrevistados se refere à escassez de investimentos em saúde mental na Cidade de Recife. Segundo os técnicos falta investimento na contratação e capacitação de pessoal, falta um número suficiente de serviços, falta uma rede que dê suporte a suas práticas e ações nos CAPS. Compreendemos que tais dificuldades não podem ser utilizadas como única justificativa para os entraves do processo de reforma psiquiátrica do município, contudo acreditamos que tais elementos são fundamentais para a compreensão do panorama de reforma atual.

Ao observarmos o processo de reforma psiquiátrica em Recife percebemos que o mesmo avançou bastante se consideramos que a primeira lei municipal de reforma psiquiátrica é do ano de 1996 (lei municipal N° 16.232/96). Contudo, observamos a partir dos discursos de nossos entrevistados que a mesma se configura muito centrada na desospitalização, voltando timidamente seu olhar para a ampliação de aparatos que dialoguem com a sociedade mais ampla sobre a cultura de exclusão da loucura. Os debates sobre a reforma ainda encontram-se bastante centrados naqueles que possuem interesse direto sobre o tema, profissionais, usuários e seus familiares.

Para Rotelli et. al. (2001) alguns dos modelos de Reforma da Psiquiátrica não passaram de meras tentativas de recuperação do potencial terapêutico da psiquiatria clássica. Por mais que em Recife os processos reformistas estejam caminhando por outras vias, devemos sempre estar atentos ao alerta realizado pelo autor.

Para finalizarmos gostaríamos de ressaltar que ao longo dos dois anos de elaboração da referida pesquisa observamos que no processo de reforma psiquiátrica muito do que foi teorizado pelo movimento ainda não foi colocado em prática. Entretanto, muitos elementos tidos como sólidos, como estáveis nesse processo foram questionados pelos trabalhadores em saúde mental com os quais tivemos contato. Muitos questionamentos foram levantados durante as entrevistas,

questionaram-se as necessidades, mas também se indagou sobre algumas idéias que até então eram tidas como certezas, como a permanência dos CAPS no futuro, por exemplo.

Acreditamos que o lema “Por uma sociedade sem manicômios” não deve ser apenas uma luta dos técnicos. Certamente, seria demasiado injusto colocarmos nas mãos desses atores a responsabilidade sobre os sucessos ou fracassos da reforma. Como foi possível observar ao longo de nosso texto, o trabalho em equipe no contexto da Reforma Psiquiátrica é bastante diverso, aliás, a própria reforma encontra-se em movimento, apresenta-se numa dinâmica de construção e reconstrução.

## REFERÊNCIAS

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN M. A Reforma Psiquiátrica e os Desafios de Desinstitucionalização da Loucura. **Interface – Comunicação, Saúde, educação**. Botucatu, vol. 10; n. julho/dec. 2006.

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

ALMEIDA, S. A.; CASTRO, C. G. J.; LISBOA, C. A. **Distritos Sanitários : Concepções e Organizações**. IDS, NAMH/FSP, BANCO ITAÚ, São Paulo, 1998.

ALMEIDA FILHO. Multi-Pluri/Meta-Inter/Transdisciplinaridade: Novas estratégias ou Velhos Impasses de do Paradigma da Complexidade? In: BASTOS; ROCHA **Psicologia: Novas Direções no Diálogo com Outros Campos do Saber**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

AMARANTE, P.; **Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1998.

\_\_\_\_\_; **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro; Fiocruz, 1998.

AMARANTE; P.; In: **Seminário: Redes Sociais e Saúde Mental: As Novas Práticas Terapêuticas**. Universidade Federal de Pernambuco. Realizado em 04 de agosto de 2008

\_\_\_\_\_; Novos sujeitos, novos direitos: O debate em torno da reforma psiquiátrica. **Caderno de Saúde pública**. Rio de Janeiro, vol. 11, n.2, julho/sep.1995.

AMARANTE, P. (coord.). **Saúde Mental, políticas e instituições: programa de educação à distância**. Rio de Janeiro, FIOTEC/FIOCRUZ: 2003

AUSTIN, John L. **Cómo Hacer Cosas con Palabras. (1955)** Disponível em: [www.philosophia.cl](http://www.philosophia.cl)

BARTHES, R. **A aventura semiológica**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

\_\_\_\_\_. **Elementos de Semiologia**. São Paulo: Cultrix, 1964.

BAUER, M. W, GASKELL, G., ALLUM, N. C. Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento: evitando confusões. In: BAUER, M. W; GASKELL, G (org.) **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes, 2002.

BASAGLIA, F. **Escritos Selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2005.

BESSA, M. S. J. et al Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, vol. 59, nov./dec. 2006.

BEZERRA JUNIOR; B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a02.pdf>. Acessado em 02 de agosto de 2008.

BIRMAN, J. A cidadania tresloucada. Em: B. Bezerra & P. Amarante (orgs.), **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, (1992).

BIRMAN, J.; COSTA, J. F., Organização de instituições para uma psicologia comunitária. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro; Fiocruz, 1998.

BILLIG, M. **Ideology and opinions**. London: Sage Publications, 1991.

BILLIG, M. **Argumentando e Pensando: Uma abordagem retórica a psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2008.

BRASIL. Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF**, 06 de abril de 2001. Disponível em: [www.associacaonovamente.org.br](http://www.associacaonovamente.org.br). Acessado em 29 de maio de 2008.

BURR, V. **An introduction to social constructionism**. Londres: Routledge, 1995.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica e a idade de ouro do alienismos**. 2º ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

\_\_\_\_\_. **A gestão dos Riscos: Da antipsiquiatria à pós-piscanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987

CAMARA MUNICIPAL DO RECIFE. Lei municipal n° 16.232/96. **Diário Oficial do Município, Recife, PE**, 2 de agosto de 1996. Disponível em: [www.associacaonovamente.org.br](http://www.associacaonovamente.org.br)

CAMPOS, G. V. Sobre A Peleja Dos Sujeitos Da Reforma, Ou Da Reforma Dos Sujeitos Em Peleja. **Saúde e Sociedade**. V. 1 n° 2 p. 79-95, 1992.

CAMPOS, G. V. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência saúde coletiva**. v.4 n°2. Rio de Janeiro, 1999.

CAMPOS, G. V. Subjetividade e Administração de Pessoal: considerações sobre nodos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E. ONOCKO, R. (org.) **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

COSTA, R. P. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: Concepções. **Mental**. V. 08, nº 08, Barbacena: 107-124, 2007.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – Subjetividade, Saúde Mental e Sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 141-168, 2000.

Costa-Rosa. A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. As conferências Nacionais de Saúde mental e as premissas do modo psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 12-25, maio/ago. 2001.

COSTA-ROSA, A. Rumo a um novo paradigma na saúde coletiva. In: AMARANTE, P. **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Nau: 2003.

DAVIES, B.; HARRÉ, R. "Positioning: the discursive production of selves". IN: WETHERELL, TAYLOR AND YATES (org). **Jornal for the theory of social behavior**. London: sage, 2001. Disponível em: <http://books.google.com.br>

DIMENSTEIN; M. Subjetividade e práticas institucionais: a reforma psiquiátrica em foco. **Vivência**. Natal, Vol.1; n. 32. p. 24-32; jan./jun. 2007

ECO, U. **Tratado Geral de Semiótica**. 3ªed.São Paulo: Perspectiva, 1997. Ivani Fazenda (2000)

FIGUEIRA PENIDO, C. M. **Embustes 'interdisciplinares': da especialização à polivalência - contribuições a partir do campo da saúde mental**. 2002. Disponível em: [http://www.hc.ufmg.br/gids/anexos/os\\_riscos\\_da\\_interdisciplinaridade.pdf](http://www.hc.ufmg.br/gids/anexos/os_riscos_da_interdisciplinaridade.pdf)

FLICK, Uwe. **Uma introdução à Pesquisa Qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979

FRAYZE-PEREIRA, J. A. Nise da Silveira: Imagens do inconsciente entre psicologia, arte a política. In: **Revista Estudos Avançados**, n. 17, p. 197 a 208. São Paulo: Editora Instituto de Estudos Avançados da USP, 2003.

GERGEN, K. J. The social constructionist movement in modern psychology. **American Psychologist**, vol. 4 nº3, p.266-275, 1985.

GERGEN, K. J. **An invitation to social construction**. Londres: Sage, 1999.

GERGEN, K. J. **Construccionismo Social: Aportes para El debate y La práctica**. Bogotá: Uniandes – Cesó, 2007.

GILL, R. Análise do Discurso. In GASKELL, George (Eds.) **.Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som.** Petropolis: Vozes, 2002.

GARFINKEL, H. Studies in Ethnomethodology. Cambridge England: polity Press, 1987.

GOFFMAN, E. A Representação do eu na vida cotidiana. 7ª ed. Petrópolis: Vozes.

GUSDORF, G. Introduction aux sciences humaines. 2a. ed., Paris, Editions Ophrys, 1974. Disponível em:  
[http://openlibrary.org/works/OL11126761W/Introduction\\_aux\\_sciences\\_humaines](http://openlibrary.org/works/OL11126761W/Introduction_aux_sciences_humaines)

HABERMAS, J. Teoria de La acción comunicativa I: Racionalidad de La acción y racionalización social. Bogotá: Taurus, 1999.

IBÁÑEZ, Tomas, La cosntrucción social del socioconstruccionismo: retrospectiva y perspectivas. IN: **Política y sociedad**, vol. 40, nº1, 2003, p. 155-160.

JAPISASSU, H. Interdisciplinaridade e Patologia do Saber. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

KODA, M. Y.; FERNANDES, M. I. A. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 23, n. 6, junho/2008

LE MOS, C. J. Saúde mental em Pernambuco: reforma psiquiátrica/ Mental health organization in Pernambuco. *Neurobiologia*; V.62, n.1:31-4, jan.-dez. 1999.

LÓPEZ, J. E. E. ; MOYA, J. S. Mirada Caleidoscópica al construccionismo social. In: **Política e Sociedad**. V. 40. Nº1. P. 5-14, 2003.

LUDEMIR, A. B. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. **Cadernos de sa úde Pública**. Rio de Janeiro. V.16 n.3. p. 647-659. Sep. 2000.

MACHADO, R. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MARINS, J. J. N. Formação e atenção básica de saúde – pacto de gestão para territórios de aprendizagem. **Cadernos ABEM**, V.3, Outubro, 2007

MARTINS, A. R. N. Grupos de excluídos no discurso da mídia: Uma análise de discurso crítica. In: **Revista DELTA**, n. 21, p. 129-147. Brasília: UNB, 2005.

MERHY, E. E. Em Busca do Tempo Perdido: A Micropolítica do Trabalho Vivo em Ato, em Saúde. In: MERHY, E. E; ONOCKO, R. (org) **Agir em Saúde: um desafio para o público**. HUCITEC. Série Didática (1997).

MERHY, E. E. FRANCO, T. B.; Trabalho em Saúde. EPJV / FIOCRUZ(2005) disponível em:

MERHY, E. E. FRANCO, T. B.; Por uma Composição Técnica do Trabalho em Saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. Rio de Janeiro v. 27 n. 65 set./dez. , p.316-323. 2003

MINAYO, M. C. S. Interdisciplinaridade Funcionalidade ou Utopia. In: **Saúde e Sociedade**, V.2 n., p. 42-64. 1994

MINAS GERAIS, GOVERNO DO ESTADO. Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais. Superintendência de atenção à saúde. Diretoria de normatização e atenção à saúde. Coordenação de Saúde Mental. **Linha-Guia de Saúde Mental**. Belo Horizonte, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental: Política e Instituições**. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro: 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n.336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF**, 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: [www.associacaonovamente.org.br](http://www.associacaonovamente.org.br). Acessado em 29 de maio de 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n.251/GM, 31 de janeiro de 2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF**, 31 de janeiro de 2002. Disponível em: [www.associacaonovamente.org.br](http://www.associacaonovamente.org.br). Acessado em 29 de maio de 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria- Executiva. Secretaria de atenção a saúde. Portaria nº189/91 in: **Legislação em saúde metal 1990-2004**. 5ª edição. Série de legislação em saúde. Brasília – DF, 2004

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria- Executiva. Secretaria de atenção a saúde. Portaria nº 224/92 in: **Legislação em saúde metal 1990-2004**. 5ª edição. Série de legislação em saúde. Brasília – DF, 2004

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria- Executiva. Secretaria de atenção a saúde. Le Estadual nº 11.064 de 16 de maio de 1994. In: **Legislação em saúde metal 1990-2004**. 5ª edição. Série de legislação em saúde. Brasília – DF, 2004

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, DF, 2004.

MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de acompanhantes e profissionais. **Ciência e saúde coletiva**. V. 13. n. 1p. 121-133.fev. 2008.

NARDI, H. C.; RAMMINGER. Modos de Subjetivação dos Trabalhadores em saúde mental. **Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, V.17, nº2 p.265-287, 2007.

NICÁCIO, F. Apresentação. In: ROTELLI, F; LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2001

NIGHTINGALE, D. J.; CROMBY, J. Social Construcionist psychology. Buckingham: Open University Press, 1999.

NUNES, E. D. Interdisciplinaridade: Conjugar Saberes. In: **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.26, nº62 p. 249-258, set./dez.2002.

ODA, A. M. G. R e DALGALARRONDO, P. **História das primeiras instituições para alienados no Brasil**. In História, Ciências, Saúde, v. 12, n. 3, p. 983-1010. Rio de Janeiro, Editora Fontes, 2005

OLIVEIRA A. G. B. A reforma psiquiátrica em Cuiabá/MT: análise do processo de trabalho das equipes de saúde mental. (2003) Disponível em: [www.periodicos.capes.gov.br](http://www.periodicos.capes.gov.br). Acessado em 27 de julho de 2008.

OLIVEIRA SILVA, M. V. **A Clínica Psicossocial das Psicoses**. Salvador, out. 2007. Disponível em: <http://www.lev.ffch.ufba.br/>

Peduzzi, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. In: Revista de **Saúde Pública**. São Paulo. V. 35, nº 1, p. 103-109(2001

PELBART, P. P. **Da clausura do fora ao for ao da clausura: Loucura e desrazão**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

PINHEIRO, O. G. Entrevista: um prática discursiva. In: SPINK, M. J. (Org.) **Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: Aproximações teóricas e Metodológicas**. São Paulo: Cortez, 2004. p. 183-214.

POTTER, J. **La Representación de la realidad: Discurso, retórica y construcción social**. Barcelona, Buenos Aires, México: Paidós,1992.

POTTER, J. **Representing reality: Discourse, Rhetoric and Social Construction**. London:Sage, 1998.

POTTER, Jonathan. Discursive Analysis: between method and paradigm. *Discourse & Society*. London: Sage, 2003. Vol. 14(6). pp. 783-794.

POTTER, Jonathan; WETHERELL, Margareth. *Discourse and Social Psychology: beyond attitudes and behaviour*. London: Sage, 1987.

POTTER, J. E WETHERELL, M.–How to analyse discourse. In: **Discourse and Social psychology: Beyond attitudes and behavior**. London: Sage, pp. 158-76. Versão Traduzida por Oswaldo Rodrigues Fr. (mimeo), (1987)

RASERA, E. F.; JAPUR, M. Os sentidos da construção social: o convite construcionista para a psicologia. **Cadernos de Psicologia e Educação**. São Paulo, v.15, n. 30, p. 1-9, jan/abr, 2005.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In:TUNDIS et al. (orgs.), **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis, Editora Vozes, 1987.

ROTELLI, F; LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

SCHWANDT, T. A. Três posturas epistemológicas para a investigação qualitativa: interpretativismo, hermenêutica e construcionismo social. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 193-218.

SILVA, J. P. L.; TAVARES, C. M. M. Educação permanente de profissionais de saúde mental: competências para o trabalho interdisciplinar. **Saúde em Debate** , Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 290-301, set./dez. 2003

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 dedezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

SLUZKI, C. E. **A Rede Social na Prática Sistêmica: Alternativas Terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

SPINK, M. J; MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. (org). **Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: Aproximações teóricas e Metodológicas**.São Paulo: Cortez, 2004.

SPINK, M. J.; FREZZA, R. M.; Práticas Discursivas e produção de Sentidos: a perspectiva da Psicologia Social. In: SPINK, M. J. (org). **Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: Aproximações teóricas e Metodológicas**.São Paulo: Cortez, 2004.

SPINK, P. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pósconstrucionista.**Psicologia e Sociedade**. São Paulo: ABRAPSO, v. 15, n. 2, p. 18-42, jul./dez, 2003.

TAVARES, C. M. M. A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial. **Texto e contexto - enfermagem**. Florianópolis. v. 14 nº3. Julho/Set. 2005.

TENORIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist. cienc. saude-Manguinhos** [online]. 2002, vol.9, n.1, pp. 25-59. ISSN 0104-5970.

VASCONCELOS, E. M. Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. In: VASCONCELOS, E. M. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 2ª e. São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, E. M. Dispositivos associativos de luta e empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores em saúde mental. **Vivência**. Natal, Vol.1; n. 32. p. 173-206; jan./jun. 2007

VIEIRA FILHO, N. G. Fundamentos do Atendimento Psicoterápico Psicossocial. In: \_\_\_\_ (org.) **Clínica Psicossocial. Terapias, Intervenções, Questões Teóricas**. Recife: Editora UFPE, 1998.

VIERA FILHO, N. G.; NOBRÉGA, S. M. Atenção Psicossocial em Saúde Mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos de Psicologia (Natal)**. Natal, vol. 9 n.2 maio/ago. 2004.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: Estudo bibliográfico. **Revista Latino-am de Enfermagem**. V. 11, nº 4. P. 525-531. julho-agosto, 2003.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE 01

### Roteiro de Entrevista – Profissionais

Data da Entrevista: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_. Sexo: \_\_\_\_\_

- **Bloco 1:**

- 1) Há quanto tempo você trabalha com saúde mental?
- 2) Há quanto tempo você atua neste serviço?
- 3) Como foi sua vinda para cá?
- 4) Você recebeu, durante a graduação, informações que te auxiliassem a atuar neste serviço?
- 5) E aqui no serviço, você recebeu algum tipo de treinamento ao ingressar?
- 6) Para você o que distingue sua profissão, o que é característico dela, em termos de atuação em saúde mental?

- **Bloco 2:**

- 1) Quais suas funções aqui no serviço?
- 2) Das funções que você citou quais são compartilhadas por todos os profissionais do serviço? E quais são exclusivas de sua categoria profissional?
- 3) Você já teve experiências em trabalhos em equipe não interdisciplinares? **(Esta pergunta só será realizada caso o entrevistado já tenha trazido a temática da interdisciplinaridade)**
- 4) Você percebe diferenças na evolução/melhora dos usuários quando são acompanhados em equipes interdisciplinares?
- 5) Para você quais os aspectos positivos e quais os aspectos negativos da atuação interdisciplinar?
- 6) Para você qual o lugar de sua profissão no atual processo de Reforma Psiquiátrica?

- **Bloco 3:**

- 1) Como você definiria os usuários desta instituição?
- 2) E como você define os profissionais desta instituição? E as relações entre eles, como você descreveria?

## APÊNDICE 02

### CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Duas vias: uma sob posse do pesquisador e outra do entrevistado.

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_ fui convidado (a) e aceitei participar, como voluntário (a), da pesquisa “Sob o Olhar dos Técnicos em Saúde Mental: A Reforma Psiquiátrica em Pernambuco”. Realizada pela Mestranda Juliana Catarine Barbosa da Silva (CRP: 02/13878). Aluna do programa de Pós-graduação em Psicologia – UFPE.

1. participarei deste estudo, por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa;
2. minha participação neste estudo não trará nenhum dano à minha integridade física, social e emocional;
3. se por ventura, nas entrevistas algum desconforto moral/emocional ocorrer ou for por mim revelado, receberei orientação para buscar serviço adequado à minha necessidade;
4. sempre que desejar serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo;
5. minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista concedida ao pesquisador;
6. o sigilo será garantido e não será revelado, em nenhuma circunstância, o nome de qualquer participante;
7. a divulgação das informações obtidas nesta pesquisa só será feita entre os profissionais e estudiosos do assunto;
8. a qualquer momento, poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo;
9. Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar o pesquisador responsável, ou seu orientador, ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, que fica na **Av. Prof. Moraes Rego, s/n. Cidade Universitária, Recife – PE (CEP: 50670-901)**, através do telefone **(81) 2126.8588**.

Após ter lido e conversado com o entrevistador, os termos contidos neste termo de consentimento, concordo em participar como informante, colaborando, desta forma, com a pesquisa. A pesquisadora me concedeu uma cópia, também assinada, do presente termo.

Recife, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_.

Assinatura ou impressão digital: \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_

**Entrevistador** - assinatura:

Nome completo do entrevistador: \_\_\_\_\_

**Testemunha 1:** \_\_\_\_\_

**Testemunha 2:** \_\_\_\_\_

**Responsável Legal:** Juliana Catarine Barbosa da Silva

**End:** Rua Visconde de Barbacena, 299, Várzea. Recife-PE.

**Telefone:** (81) 9944-3754 **ou pelo e-mail:** jucatarine@gmail.com

# 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](#)