

Rosana Carneiro Tavares

**A Reforma Psiquiátrica e Relações de Poder: significados apreendidos entre os trabalhadores de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em Goiânia**

**Universidade Católica de Goiás - UCG  
Goiânia, 2007**

Rosana Carneiro Tavares

**A Reforma Psiquiátrica e Relações de Poder: significados apreendidos entre os trabalhadores de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em Goiânia**

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do título de mestre em Psicologia, à Universidade Católica de Goiás, sob orientação da Professora Doutora Sônia Margarida Gomes Sousa.

**Universidade Católica de Goiás - UCG  
Goiânia - 2007**

*Aos meus pais:*

*Rosa Maria, que sempre me incentivou a ganhar espaços e sempre se manteve disponível e em prontidão para me acolher em todas as dificuldades e angústias. Ibamar Tavares (in memoriam), que em todo o período de sua vida foi presente e fomentou o meu interesse pela aprendizagem e o meu desejo pelo conhecimento, pelas reflexões e pelas leituras, atitudes que me permitiram estar hoje nessa posição de alguém que pretende se iniciar na prática da pesquisa e da arte do conhecimento.*

*Ao meu esposo:*

*Francisco (Chico), pelas horas de alegria, de amor, de compartilhamento e de ajuda; pelas sintonias intelectuais; e pelas discussões que permitiram expandir o meu olhar, refletir o meu fazer e me auxiliaram na lida com as divergências e com a diversidade.*

*Aos meus filhos:*

*João Pedro e Maria Júlia, que tão resignadamente se empreenderam compreensivos no distanciamento, muitas vezes inevitável e, muitas vezes, decorrentes de uma postura particular de ansiedade e preocupação, que me fizeram distante de suas jornadas de desenvolvimento. Mas que também se empreenderam ativos e exigentes de atenção, me obrigando, pela suas posturas de reconhecedores de seus direitos, a deixar tudo de lado e a curtir momentos de afetividade e amor únicos.*

## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Sônia Margarida Gomes Sousa, que se mostrou disponível a orientar um trabalho que foge ao escopo de seu interesse em pesquisas; se manteve atenta a me direcionar e auxiliar na construção e iniciação de um pensamento coerente com o rigor científico. Sensível e dedicada, me acolheu em todas as minhas dúvidas e angústias; e me mostrou, com habilidade, os caminhos do conhecimento trilhados em um percurso de construção e reconstrução, contínuas, de crescimento e de organização intelectual mesclados de originalidade, de curiosidade e de métodos. Orientadora e mestre (doutora) que, com sua sensibilidade, humildade, sabedoria e reflexões teóricas, permitiu reafirmar o valor destas características pessoais, muitas vezes desconsideradas nas relações do campo acadêmico, mas infinitamente valorizada na minha formação familiar.

A todos os professores que me possibilitaram a reflexão e o desenvolver deste trabalho, em especial à Profa. Dra. Anita C. Azevedo Rezende, que com seu jeito irreverente de compreender o mundo, me permitiu expandir as reflexões e considerações a respeito do processo de exclusão social por que todos nós passamos.

A todos os meus colegas de mestrado, especialmente à Karen, Gleice e Silvamir, pela jornada que juntos percorremos, superando muitos obstáculos e caminhos obscuros. Juntos, chegamos ao estágio de elaboração de um trabalho que requer dedicação e renúncia para a sua concretização.

Aos profissionais e coordenadores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que, tão prontamente, se disponibilizaram a participar do processo desta pesquisa e se mostraram disponíveis a todos os procedimentos realizados. Aos

técnicos da Divisão de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde que me auxiliaram na coleta dos dados históricos do percurso da saúde mental em Goiânia.

Às alunas pesquisadoras (Rosa, Ângela e Jaqueline), pelo auxílio neste processo de pesquisa, estiveram presentes na coleta de dados e contribuíram na qualidade deste trabalho. Em especial, à ex-aluna, atualmente psicóloga, Girlene, que esteve presente em todo o processo de planejamento, de recebimento de informações e de pré-sistematização dos dados. Manteve-se disponível a todas as minhas solicitações e pronta a aprender e cooperar com este trabalho.

Aos meus colegas de trabalho, pela colaboração e apoio, pela compreensão e escuta nos momentos de angústias, de cansaços e de impaciências.

À minha mãe, Rosa Maria, que financiou e me subsidiou neste trabalho, incansável, de apreensão, elaboração e construção de conhecimento.

A todos que me são caros por estarem participando deste processo, por estar me auxiliando na realização deste desejo, desta pesquisa, um grande agradecimento.

## Resumo

Este trabalho está vinculado ao Programa de Pós-graduação Stricto-Sensu da Universidade Católica de Goiás, mestrado em Psicologia, e tem como objeto de estudo os significados do processo de Reforma Psiquiátrica para os trabalhadores de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em Goiânia. A pesquisa foi desenvolvida em um CAPS de Goiânia, com os trabalhadores da unidade. Para o recebimento das informações foram utilizados três procedimentos: pesquisa documental; gravações de três reuniões de equipe; e um grupo focal com os trabalhadores e coordenadores. A análise teve como referencial a Teoria Sócio-Histórica de Vigotski, que atribui como constitutivo da condição humana a capacidade de significação social, e compreende os significados como contendo a experiência histórica de várias gerações; além dos trabalhos e pesquisas já desenvolvidas sobre o processo da Reforma Psiquiátrica. Com o levantamento bibliográfico ficou evidente que as discussões e reflexões remetem à necessidade de transformar um modelo de atenção à saúde mental, em contraposição a um modelo tradicional estabelecido há longa data e ainda hegemônico na área da saúde. Ficou marcada a necessidade de ampliar o espaço social da pessoa com sofrimento psíquico e de compreender este processo pela dialética inclusão/exclusão. A análise das falas dos trabalhadores apresentou significados contraditórios, tensos e conflituos. Demarcou os embates que emergem das buscas de transformação do modelo de atenção à saúde mental e possibilitou a apreensão de núcleos de significação que estão marcados por confrontações e contradições no saber e fazer da Reforma Psiquiátrica. A análise trouxe como ponto de intersecção, entre todos os núcleos de significação apreendidos, as relações de poder que perpassam as esferas envolvidas no processo da Reforma. Permitiu levantar pontos de fragilidade da Reforma Psiquiátrica, quando apresenta a confrontação das diretrizes teóricas para a transformação do modelo de atenção à saúde mental com as diretrizes políticas da Reforma, como política de Estado; e com as práticas nos serviços substitutivos. Considerando que todos os embates são reflexos da própria condição histórico-social dos sujeitos, da falta de exercício de participação social e de heteronomia, coloca-se em discussão a necessidade de repensar a Reforma, uma vez que as transformações encontram-se focadas na prática, na construção de um plano de ação para a política, e evidencia embates e conflitos, típicos do exercício de poder e dominação que as estruturas sociais constroem.

**Palavras-chave:** Reforma Psiquiátrica, Trabalhadores de CAPS, Dominação, Participação social.

## ABSTRACT

This work is linked to the Program for Post-graduate *Stricto-Sensu* of the Catholic University of Goiás, MA in Psychology, and has as an object of study the meanings of the process of Psychiatric Reform for the workers of the Psychosocial Center of Attention (PCA) in Goiania. The survey was developed in a PCA of Goiânia, with the workers of the unit. Three procedures were used to receive the information: desk research; recordings of three meetings of the team, and a focal group with the workers and coordinators. The analysis had as a benchmark the Socio-Historical Theory of Vigotski, which attaches as constitutive of the human condition the ability of social meaning, and understand the meanings as containing the historical experience of several generations, and also the work already undertaken and research on the process of Psychiatric Reform. With the bibliographic lifting became clear that the discussions and reflections refer to the need to transform a model of attention to mental health, as opposed to a traditional model that was established long time ago and that still is hegemonic in the area of health. It marked the need to expand the social space of the person with mental suffering and to understand this process by dialectic inclusion / exclusion. The analysis of the speeches of workers presented contradictory, tense and conflictive meanings. It defined the collisions that emerge from searches for transformation of the model of attention to mental health and made possible the seizure of the nuclei of significance that is marked by confrontations and contradictions in the knowing and making of the Psychiatric Reform. The analysis brought as a point of intersection among all the nuclei of significance seized, the relationships of power that cross the spheres involved in the process of reform. It raises points of weakness of this reform, when presented the confrontation of theoretical guidelines for the processing of the type of attention to mental health with the guidelines of the policy reform, as policy of state, and with the practices in substitutive services. Whereas all collisions are reflections of their own historical and social condition of the subject, the lack of exercise of social participation and heteronomy, there is a discussion on the need to rethink the reform, since the changes, are focused in practice , in the construction of a plan of action for the policy, and shows collisions and conflicts are typical of the exercise of power and domination that the social structures construct.

**Keywords:** Psychiatric Reform, Employees of PCA, Domination, Social Participation

## SUMÁRIO

<b>Introdução</b> .....	01
<b>1. Capítulo 1: O Processo da Reforma Psiquiátrica: uma compreensão histórica</b> .....	26
1.1 - O Contexto da Saúde nas Políticas Públicas .....	26
1.2 - A Reforma Psiquiátrica no Brasil .....	31
1.3 - Contradições e Conflitos na Construção do Saber e Fazer da Reforma Psiquiátrica, no Contexto das Equipes .....	42
<b>2. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na Rede de Saúde Mental em Goiânia</b> .....	47
2.1 – Os Serviços de Saúde Mental no Município de Goiânia .....	47
2.2 – O CAPS Participante da Pesquisa .....	54
<b>3. O Significado da Reforma Psiquiátrica para os trabalhadores do CAPS do Município de Goiânia: os percursos para transformação do modelo da atenção à saúde mental da população usuária do CAPS</b> .....	66
3.1 - O Território e a Rede: Um Campo de Batalha .....	68
3.2 - Trabalhadores <i>Versus</i> Gestores: “O Nado Contra a Maré” .....	85
3.3 - O Lugar de Não-Sujeito do Usuário .....	102
<b>4. O Significado da Reforma Psiquiátrica para os Profissionais do CAPS: As trocas interdisciplinares e as possibilidades de inovação das práticas</b> .....	118
4.1 - A construção da prática: Entre o saber e o fazer – o vazio das inovações .....	119
4.2 - Palco de disputas: Quem sabe mais? .....	139

<b>Referências</b> .....	155
<b>Apêndices</b> .....	159

## INTRODUÇÃO

---

O ponto de partida para o desenvolvimento desta pesquisa foram as reflexões, decorrentes da minha atuação em um Centro de Atenção Psicossocial do município de Goiânia - CAPS II - serviço substitutivo de hospitais psiquiátricos, que desenvolve ações na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, em contraposição ao modelo manicomial e hospitalocêntrico. Os CAPS têm proposta de atuação multiprofissional junto a uma população, usuária de serviços de saúde mental, com sofrimento psíquico de moderado a grave. Estas reflexões iniciais foram relativas à atuação dos profissionais, nessa abordagem de trabalho, visto que a mesma exige uma superação de práticas individualistas e o exercício de trocas interdisciplinares, ao mesmo tempo em que é necessária uma apropriação coerente e eficaz de um saber que seja resolutivo no atendimento a uma população que tem na sua história o uso de serviços de saúde mental vinculado à institucionalização, à segregação, ao abandono e ao desrespeito pelo seu processo de adoecimento.

Essas reflexões perpassam questionamentos relativos às identidades profissionais que são assimiladas historicamente e às perspectivas sociais que o profissional pode percorrer em sua atuação, quando inserido em um contexto de trabalho que exige troca multiprofissional, como é o caso da saúde mental, considerando a política da Reforma Psiquiátrica. A qual, segundo Amarante (2003a), pela natureza das questões envolvidas (processo saúde/doença mental, subjetividade, atividade humana) transforma-se no campo mais interdisciplinar do momento.

Os CAPS (que propõem atuação multiprofissional, um modelo de relações horizontalizadas, trocas e envolvimento múltiplos nas estratégias de ação, estabelecimento de práticas inovadoras e criativas no âmbito do território social do sujeito) estão inseridos em um contexto, cuja construção social se deu pelo desenvolvimento das profissões de forma individualizada, valorizando o saber específico e institucionalizado e a atuação na saúde prioritariamente médico-centrada.

Essa é, portanto, a base para os questionamentos que impulsionaram a presente pesquisa, pois propõe uma reflexão quanto às possibilidades (ou impossibilidade) de construção de práticas interdisciplinares em uma sociedade de classes, que dilui todas as diferenças em categorias sociais e as estabelece em divisões corporativas; que cria relações de poder de forma hierarquizada e constrói um processo de desenvolvimento social em um movimento contraditório de inclusão versus exclusão. Para Sawaia (2001) o processo de exclusão/inclusão é produto da organização social capitalista e se assenta em uma estratégia histórico-social que visa à manutenção de uma ordem e adaptação perversas, onde, ao privilegiar o mercado nas relações, efetiva a prevalência de desigualdades e transforma os mecanismos de inclusão e exclusão em categorias indissociáveis, formando um par dialético. Hobsbawm (1995, p.199), ao refletir sobre o sistema capitalista assim se manifesta: “o capitalismo e a sociedade burguesa transformaram e dominaram o mundo, e ofereceram o modelo (...) para os que não queriam ser devorados ou deixados para trás pela máquina mortífera da história”.

Desta forma, o capitalismo trouxe para a sociedade atual um modo de organização que se configura, em decorrência de condições macro-estruturais, em incessantes processos de inclusão *versus* exclusão, de modo que, a partir do

momento em que ocorre um processo de inclusão, existe uma parcela da sociedade que vivencia a exclusão; e a partir do momento em que esta se encontra excluída acaba incluída nesse modo específico de organização estrutural. Ou seja, na sociedade capitalista as categorias profissionais se formam assentadas nesse processo dialético de exclusão/inclusão, de modo que o mercado torna-se eixo norteador das atuações e aonde os nichos vão se constituindo e ditando as regras de relacionamentos e de práticas interprofissionais.

Destarte, a eleição do objeto desta pesquisa está relacionada a essas reflexões. O objeto a que este estudo pretende se debruçar é o significado da Reforma Psiquiátrica para os trabalhadores de CAPS, do município de Goiânia, considerando que os CAPS são espaços que surgiram para substituir os hospitais psiquiátricos, atuando em uma nova perspectiva, cujo contorno das ações deve abranger práticas multiprofissionais, respeito às diferenças e à cidadania, valorização da liberdade e compreensão sócio-histórica do processo de adoecimento psíquico, de forma a apreender as diversas facetas do processo saúde/adoecimento e a construir novos modos de atuação para lidar e compreender o sofrimento humano.

Porém, encontra-se presente nessa proposta inovadora de atenção à saúde mental, na perspectiva da política da Reforma Psiquiátrica, todo o processo histórico do desenvolvimento das práticas em saúde, mais especificamente, das práticas na área da psiquiatria. Apesar de alguns avanços, a proposta de construção de relações mais democráticas, de rupturas com as relações de poder, de práticas desinstitucionalizadoras e possibilitadoras de exercício da subjetividade humana se insere em um contexto de ações ainda antagônicas, cristalizadas historicamente em políticas corporativistas, erigidas em relações institucionalizadas de poder e

permeadas de contradições gerenciais de autoritarismo *versus* democracia, de competência técnica institucionalizada *versus* desinstitucionalização do sofrimento.

Para Amarante (1994), o termo desinstitucionalização se refere a um processo mais amplo que a desospitalização em si, enquanto este implica, apenas, a transformação do espaço de tratamento para o sofrimento, com a modernização e humanização das técnicas de tratamento; o primeiro se refere a transformações de dimensões mais extensas e mais complexas, a rupturas com a rigidez institucional, com todas as formas de relações de poder e de controle sobre a doença e à retomada do espaço social pelo sujeito com sofrimento psíquico.

Rotelli (2001) argumenta que a desinstitucionalização seria colocar em questão não a instituição manicomial, simplesmente, mas sim o sofrimento psíquico. Para o autor, a instituição negada não é o manicômio em si, mas todo o “conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno de um objeto bem preciso: ‘a doença’, à qual se sobrepõe no manicômio o objeto ‘periculosidade’ ” (p.90, grifos do autor).

Sendo assim, a desinstitucionalização proposta pela Reforma, diferentemente do processo de desospitalização, é o processo de inscrição do sofrimento psíquico no espaço social, é colocar em pauta a complexidade do sujeito que sofre, cujas instituições rígidas simplificaram. A esse respeito Rotelli (2001) assim se manifesta:

A desinstitucionalização, aquela falsa [fazendo uma crítica ao modelo de reforma que se detém apenas no foco do espaço físico, como no processo de desospitalização], obviamente tenta o contrário: mumificar o objeto da psiquiatria, deslocando apenas as formas e os modos de gestão, mais que qualquer outra coisa, os lugares, o *look*; se o verdadeiro objeto tornou-se a ‘existência-sofrimento do paciente em sua relação com o corpo social’ (...). A verdadeira desinstitucionalização será então o processo prático-crítico que orienta instituições e serviços, energias

e saberes, estratégias e intervenções em direção a este tão diferente objeto (ROTELLI, 2001, p. 90).

É com base neste referencial teórico que o termo desinstitucionalização será utilizado neste trabalho. Ressaltando-se que em muitos serviços de atenção psiquiátrica a referência utilizada para a transformação do modelo, se resume à simples desospitalização, que é, atualmente, ainda, um desafio a ser superado nas práticas da psiquiatria. Práticas estas que se assentam no modelo tradicional da atenção, na remissão dos sintomas como possibilidade de participação social e na cura como pré-requisito para inclusão comunitária. Práticas coerentes com a forma como a ciência veio se constituindo no processo de organização social, com saberes cada vez mais específicos e a conseqüente criação e ampliação de disciplinas; além, é claro, de coerente com o modo como a sociedade se organizou, se constituindo por meio do estabelecimento de classes e da luta pelo poder.

Na história dos serviços de saúde, há a construção de relações que se funda na troca unidirecional, pelo viés de quem é o detentor do saber, e no estabelecimento de poder por meio desse saber. De modo que, ao sujeito que necessita de cuidados em saúde, o que se exige é o cumprimento e a aceitação incondicional de todos os procedimentos desenvolvidos, sem que lhe seja permitido, ao menos, o entendimento do que está sendo feito em seu tratamento .

Melo e Brant (2005) argumentam que a medicina científica, estabelecida no século XIX, destituiu o sujeito que se encontra em processo de adoecimento de sua condição de ator social, privilegiando a identificação e descrição da doença segundo determinado desenho nosográfico. Para estes autores, esta prática suspendeu a subjetividade do homem em prol de uma configuração ideal da doença aos olhos do médico, e trouxe a este profissional um poder instituído e estabelecido pela relação médico-paciente.

Essa prática é ainda mais gritante no contexto da saúde mental, pelo fato de haver uma construção histórico-social de concepção do sofrimento psíquico como condição de desrazão, de incapacidade da racionalidade tão valorizada e exigida na sociedade, principalmente nessa nossa sociedade moderna que se instalou após a revolução burguesa<sup>1</sup>. Nessa lógica, o que se afirma como condição de sofrimento psíquico na sociedade é a concepção de um ser desarrazoado, ao qual não é necessário mais que intervenções que possibilitem o resgate da racionalidade, perdida com o adoecimento, tão necessária à conformidade e adaptação humana, no mundo moderno.

Apesar dessa construção histórica, é importante ressaltar que houve avanços nessa relação. Ocorreram mudanças que marcaram o processo, mudanças estas que podem ser avaliadas pelo prisma da constituição do modelo hegemônico da relação médico-paciente operando como força ideológica, onde o profissional médico é o detentor do poder e da autoridade. E os conflitos, decorrentes dessa hegemonia e da incapacidade da medicina de resolver todas as demandas, se contrapondo a esse padrão adaptativo e constituindo-se contra-força, contra-ideologia (OLIVEIRA, 2007). Diante deste cenário científico que promete o desenvolvimento tecnológico e a “cura” das doenças por meio de um padrão de relação que destitui a subjetividade do indivíduo e não proporciona o prometido, a contra-força impulsionou a pequena transformação hoje apresentada na relação médico-paciente.

---

<sup>1</sup> O mundo moderno, cuja constituição se dá pela instauração da sociedade capitalista, pela ascensão da industrialização e da urbanização, traz grandes transformações sociais, impulsiona o desenvolvimento do mercado e a construção de relações que se dá por um procedimento racional que oculta as contradições e que valoriza a racionalidade como elemento primordial de constituição da liberdade e da subjetividade humana. Autores da Teoria Crítica (Horkheimer, Adorno) se debruçaram sobre as transformações advindas da sociedade capitalista e declararam que, nessa sociedade, a condição do homem é de ser isolado, é de competir, e de que essa é uma condição particular dessa sociedade pós-revolução burguesa.

Nesta perspectiva, atualmente, o “paciente” em muitos momentos não se manifesta mais como um sujeito passivo em seu tratamento, que acolhe os procedimentos médicos sem se informar ou sem criticidade alguma, confiante no profissional médico como figura detentora do saber e, conseqüentemente, do poder. Em alguns momentos ele é alguém que se compromete e que investe na compreensão do seu tratamento, assumindo um posicionamento mais ativo.

Oliveira (2007), interpretando Horkheimer e Adorno, afirma que os indivíduos tornam-se capazes de enfrentar e confrontar a imposição capitalista de adaptação, em função do anacronismo das famílias, o qual permite que essas pequenas comunidades operem com uma racionalidade diferente da realidade social cada vez mais adaptativa. No entanto, com os usuários dos serviços de saúde mental essa possibilidade de exercício de contra-força ainda é incipiente, a relação médico-paciente ainda está carregada da tradição, eivada de um procedimento racional da sociedade, que desconsidera a subjetividade humana e que coloca o adoecimento psíquico no lugar unicamente de destituição do senso comum, cuja condição não cabe neste mundo formado com a modernidade<sup>2</sup>.

Fazendo parte de todo esse processo de transformações e/ou reproduções que marcam as práticas de saúde, há o modelo de atenção à saúde mental, que veio se transformando e que se propõe superar as práticas unicamente segregadoras e excludentes e construir formas de ações em saúde que possibilitem e impulsionem a ampliação do espaço social do sujeito com sofrimento psíquico, como

---

<sup>2</sup> Utilizo a expressão ‘mundo formado com a modernidade’ embasada nas argumentações de Ianni (1989) que utiliza a expressão “sociedade formada com a modernidade” para explicar a sociedade que surge neste período contemporâneo, não a denominando como contemporânea e nem como pós-moderna, enfatizando que esse mundo formado com a modernidade é o mundo que se instituiu com as transformações advindas da industrialização e que, ainda hoje, vivencia todas as nuances da modernidade em seu modo de organização social, ao qual Hobsbawm (1995) disse ser o mundo que tem “como palavra-chave a preposição *após* como prefixo”, para assinalar a vida a partir do séc. XX, “pós-moderno, pós-industrial, pós-estruturalista” etc.

é o caso dos CAPS, os quais surgiram inseridos em uma política de reforma da atenção à saúde mental – a Reforma Psiquiátrica.

Os serviços de modelo CAPS fazem parte de uma rede de atenção, que se caracteriza como oferta de serviços impulsionadores de mudanças nas práticas tradicionais, buscando criar um ambiente terapêutico que se prime pela construção de uma rede que seja mais ampla que a clínica biomédica e se constitua uma clínica ampliada, se estabelecendo como um serviço substitutivo das internações psiquiátricas (BRASIL, 2004a).

Os CAPS, como campos de investigação para o presente trabalho, tornam-se possibilidade de apreensão da lógica de atuação que tem como princípio a transformação de um modelo de atenção, antes pautado na institucionalização e segregação, no desrespeito e na constituição da humanidade pela conformidade; e hoje pautado na informação ao sujeito que sofre, no respeito e na valorização da diversidade. Tal prática exige uma atuação profissional que se concretize nas trocas interdisciplinares e não hierarquizadas, que compreenda as diferenças como possibilidades de exercício da subjetividade e que mantenha relações que se organizem pela universalidade e pela ruptura com poderes instituídos.

Nessa ótica, o objetivo do presente trabalho foi apreender o significado (VIGOTSKI, 2001) atribuído à Reforma Psiquiátrica pelos profissionais vinculados aos serviços CAPS, entendendo que é pelo significado que se torna possível compreender as trocas estabelecidas e a organização dos serviços, de modo a promover as transformações necessárias à superação de um modelo de atenção à saúde, que se efetivou pelo foco na doença e na relação verticalizada; e que agora se propõe a desenvolver ações de foco psicossocial e horizontalizadas, entre os profissionais e entre estes e os usuários.

Para compreender o objeto de investigação é mister entender o processo de transformação do modelo de atenção à saúde, preconizado pela Reforma Psiquiátrica, no qual os CAPS constituem-se principal estratégia para a implementação. A Reforma Psiquiátrica veio se constituindo, no Brasil, por meio de movimentos sociais, sofrendo influências de vários movimentos internacionais que imprimiram modalidades diversas da atenção psiquiátrica brasileira. Como exemplos, destacam-se a antipsiquiatria (surgida na Inglaterra, nos anos de 1960); a psiquiatria do setor e a psicoterapia institucional (na França); e, principalmente, a psiquiatria alternativa, iniciada com Basaglia, e a psiquiatria democrática italiana, que confronta com maior afinco os modelos de atenção psiquiátrica até então estabelecidos<sup>3</sup>.

Dentre os movimentos brasileiros que impulsionaram a Reforma Psiquiátrica no Brasil, destaca-se o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), no final da década de 1970, que emergiu do processo de redemocratização que o país estava vivendo; e que, no ano de 1987, a partir do II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, transformou-se em um movimento social mais amplo: Movimento pela Luta Antimanicomial, cuja bandeira foi a chamada para “uma sociedade sem manicômios”. Este congresso impulsionou a luta pela Reforma Psiquiátrica no Brasil e imprimiu direções a respeito das transformações que o modelo de atenção ao sofrimento psíquico deveria passar (CFP, 2007).

A legislação foi se alterando conforme os movimentos sociais ocupavam espaços no cenário político e constituíram pressão ao poder estatal. A partir daí, por meio das mobilizações sociais e legislações, buscou-se a organização dos serviços de forma a priorizar a atenção à saúde da população de maneira integral,

---

<sup>3</sup> Não é objeto deste estudo o aprofundamento na história da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Já existe uma vasta bibliografia abordando esse aspecto. A este respeito ver Amarante (1995, 1999 e 2003-a), Bezerra e Amarante (1992), Costa (1989), Vasconcelos (2001).

universalizada e mais democrática, que considerasse a pessoa com sofrimento psíquico no âmbito da cidadania e não da assistência.

Amarante (2003a) destaca que a transformação do MTSM em um movimento 'social' (grifo do autor) ocorreu quando este se ampliou e se transformou em um movimento por uma sociedade sem manicômios, buscando o comprometimento de toda a sociedade no processo de desinstitucionalização e não apenas um movimento de trabalhadores. A desinstitucionalização vai de encontro à prática de saúde que estava estabelecida e que, ainda hoje, insiste em permanecer, a qual esteve sempre pautada pela lógica da atenção à pessoa com sofrimento psíquico de forma institucionalizada e focada nos sintomas e na doença em si, na institucionalização do sofrimento atrelada à necessidade da cura como requisito para o retorno à participação na sociedade.

Amarante (2003a) afirma que o movimento pela Reforma no Brasil passou de uma reestruturação e questionamentos de atuações dos profissionais da área médica, mais especificamente da psiquiatria (movimento da antipsiquiatria), para uma revolução na instituição psiquiátrica (MTSM), indicando uma ampliação do campo da atenção, no qual todos os argumentos se voltaram para questionar a hegemonia do saber psiquiátrico nos cuidados à pessoa com sofrimento psíquico e a atenção direcionada unicamente à patologia do sujeito, como foco prioritário do modelo hospitalocêntrico.

Costa-Rosa (2000) descreve a atenção à saúde mental focada em dois modos de ação que ele denomina asilar e psicossocial, ressaltando que o modo asilar preconiza relações verticalizadas, privilegiando o saber psiquiátrico; divisão de trabalho bem estabelecida e correspondente à linha de montagem comum ao modo capitalista de produção; e foco primordial na determinação orgânica da doença. O

modo psicossocial, por sua vez, estabelece relações horizontalizadas, de equipe interprofissional; ações integrais que visem ao sujeito do adoecimento; e condições de trabalho que se fundam em trocas de saberes para a compreensão do problema e valorização dos aspectos psicossociais da saúde mental.

Para Costa-Rosa (2000), o modo asilar constitui-se o paradigma de práticas dominantes e o modo psicossocial é um paradigma que está “se configurando tendo por base as práticas da Reforma Psiquiátrica” (p. 151). A esses dois modos de atenção Rabelo (2005) denomina paradigma biológico e paradigma psicossocial, na atenção à saúde mental, afirmando, ainda, que o paradigma biológico legitima as clínicas psiquiátricas em oposição ao paradigma psicossocial que fundamenta os serviços substitutivos.

A transformação do paradigma hegemônico assentado no modo asilar em um paradigma de modo psicossocial traz ações conflituosas, que se constituem em um desafio aos gestores e trabalhadores, pois exige o estabelecimento de uma prática profissional que supere a tradição técnica biológica e, ao mesmo tempo, não gere espontaneísmo. Ações que se baseiam em ampla compreensão do problema, que vão além do foco nos aspectos biológicos e que trazem à tona a inserção social do sujeito e a ampliação de sua autonomia, transportam os cuidados em saúde para além do modelo médico e fazem surgir, como consequência, as contradições inerentes às categorias profissionais.

Entender como se comportam essas categorias profissionais no campo de atuação multidisciplinar e qual é a relação existente entre elas, e os seus pares, é de fundamental importância para descrever o contexto social em que estamos e as possibilidades que poderemos percorrer no âmbito da Reforma Psiquiátrica. A participação do homem como sujeito na sociedade, dotado de poder de análise,

síntese e significação é a base para o trabalhador atribuir sentido ao seu fazer, de forma que ele possa sentir-se responsável pela sua ação e sujeito de todo o processo de organização institucional.

O aporte teórico do presente trabalho é a Teoria Sócio-Histórica de Vigotski<sup>4</sup>, que compreende o processo de subjetivação como impossível de ser desvinculado dos processos sociais, de forma que o sujeito que constitui a sociedade, também se constitui através dela. Vigotski (2001) afirma que o próprio desenvolvimento do homem depende diretamente do desenvolvimento histórico da sociedade humana, e chama a atenção para o fato de que a análise da subjetividade do homem deve ser baseada no materialismo dialético e histórico. O autor argumenta que o desenvolvimento é um processo dialético que pressupõe uma periodicidade e transformação qualitativa das ações, diretamente relacionadas a fatores externos e internos. Para ele, tanto as estruturas mentais quanto as estruturas sociais têm raízes históricas bem definidas.

Pela Teoria Sócio-Histórica de Vigotski (2001) a ciência é compreendida como um conhecimento que resulta da ação social do homem, de forma que ele constrói e, ao mesmo tempo, é construído pela história do conhecimento dado. Para o autor, o conhecimento é um processo histórico que acompanha as leis da dialética, compreendendo, além de uma metodologia, uma teoria que permite pensar um objeto.

Em Vigotski (2001) dois sentidos desse conhecimento histórico se operam: a história pessoal e a história da espécie humana, e isso é que faz a singularidade da constituição de subjetividade. A história pessoal é de natureza social e não individual, é parte constitutiva da história humana. Por esse viés, o

---

<sup>4</sup> O nome do autor é grafado, na literatura e nas referências, de duas formas (Vigotski e Vygotsky). Porém, o presente trabalho opta pelo uso da grafia Vigotski todas as vezes que fizer referência ao autor, independente do modo como está grafado no texto referenciado.

autor distingue conceitos como 'social' e 'cultural', em que o social abarcaria um campo vasto e o cultural um campo mais específico, de modo que a cultura seria, portanto, o produto da atividade social do homem, seria tudo o que o homem transforma pela sua ação. E a ação do homem, segundo Vigotski está, inerentemente, mediada pela linguagem (SIRGADO, 2000). O autor atribui como constitutivo da condição humana a capacidade de significação do social e essa é, para ele, o produto de sua condição social de existência.

No método de Vigotski (2001) a unidade de análise deve ser sempre a linguagem, sendo entendida como pensamento verbalizado, o qual é percebido como um instrumento de mediação da relação do sujeito com o mundo, buscando analisar o significado da palavra, pois a produção e reprodução da cultura é o processo de objetivação humana, de forma que no significado de determinado fenômeno está contida a experiência histórica de várias gerações. Vigotski (2001) considera a atividade humana como sendo sempre significada e é essa significação que permite a comunicação, a socialização e a transformação do que é natural em cultura.

Com essa visão, Vigotski se aproxima do pensamento marxista - o qual é a sua base teórica - e defende que existe uma estreita relação entre o modo de ser dos homens, seu modo de produção e as relações sociais que decorrem desses dois aspectos. Sirgado (2000), interpretando Vigotski, afirma que as relações sociais se constituem um "complexo de posições sociais e de papéis" (p.64); e estes (os papéis) expressam toda a configuração das forças produtivas do homem na sociedade.

Assentado nesses argumentos, o presente trabalho buscou focar primordialmente na linguagem utilizada pelos trabalhadores de CAPS.

Considerando esta (a linguagem) a própria mediação da ação dos profissionais, no serviço de modelo CAPS, corroborando com a perspectiva vigotskiana de que entre pensamento e linguagem o que primordialmente vale é que esta última é sempre fundante de todo pensamento; e, portanto, é a base constitutiva da ação, a qual se efetiva por meio da organização do pensamento.

Essa linha de compreensão da atividade humana e da constituição dos instrumentos de conhecimento histórico-social foram condições primárias da perspectiva do presente trabalho. É pela reflexão da condição histórico-dialética do homem, que se buscou apreender o trabalho em equipe no serviço de modelo CAPS, ao qual se empreende teoricamente um status de serviço de modelo substitutivo ao Hospital Psiquiátrico.

Nessa base teórica, é importante ressaltar que o sujeito que trabalha em um contexto como o da Reforma Psiquiátrica, e os grupos profissionais que se estabelecem nesse contexto são, inerentemente, parte do processo de implementação das políticas de reforma; e podem tanto contribuir pela manutenção de práticas opostas e adversas, quanto colaborar pela efetivação da política, dada a construção histórica que se faz nessa contradição.

Pode-se argumentar que os profissionais que trabalham nos CAPS convivem na prática com a necessidade de mudanças nos processos e relações de trabalho, que se baseiem em expansão de fronteiras disciplinares, ao mesmo tempo em que vivenciam a identidade profissional pelo prisma das relações de classe e conflitos de poder e interesses estabelecidos culturalmente e mantidos socialmente de forma corporativista. Conflitos estes advindos, inclusive, da necessidade de manutenção do status de determinada classe e/ou aquisição deste por outras categorias.

No presente estudo, a apreensão do significado dado à Reforma Psiquiátrica pelos trabalhadores de CAPS, a partir das falas desses profissionais, foi realizada utilizando-se a triangulação de métodos, a qual se define pela utilização da busca de diferentes formas para investigar um mesmo campo. Segundo Alves-Mazzotti (1998), a triangulação é um critério metodológico em que o cruzamento de informações se afirma como o melhor procedimento a ser adotado em um estudo, pois permite a apreensão do objeto de análise de forma mais ampla.

O referencial teórico para a construção do percurso metodológico do presente estudo foi embasado nos trabalhos de Minayo (1993, 2005) e Sousa (1994, 2001), os quais auxiliaram no delineamento do processo de organização das fases de recebimento, sistematização e análise das informações. As técnicas utilizadas foram: pesquisa documental, gravações de reuniões de equipe e, por último, com base no material das reuniões, um grupo focal com toda a equipe.

É importante ressaltar que todos os procedimentos éticos relacionados a pesquisas com humanos - estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), pela resolução 196 /1996 - foram respeitados na presente pesquisa, tais como: autorização no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Católica de Goiás; autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia para a realização da pesquisa, uma vez que a unidade objeto de estudo é gerenciada pela gestão municipal; autorização dos coordenadores da unidade a ser pesquisada; e a autorização dos trabalhadores, com a assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido por todos os participantes da pesquisa.

Realizados todos os procedimentos éticos, pode-se, a partir daí, descrever o percurso metodológico do presente trabalho pelos seguintes processos:

1 – Recebimento de informações:

1.1 - Pesquisa documental - Baseada nos relatórios enviados pelo CAPS à Secretaria Municipal de Saúde e nos dados internos da unidade, tais como mapas de produção, cronogramas e relatório. O objetivo era conhecer, sócio-historicamente, a unidade na qual estão inseridos os trabalhadores, cujas falas (gravadas e transcritas) tornaram-se o *corpus* do presente trabalho. A pesquisa documental permitiu perceber a posição da unidade no cenário municipal de ações em saúde e permitiu subsidiar a análise das informações.

1.2 - Gravações de três reuniões de equipe – A fim de apreender as falas no contexto em que surgem no processo de discussão entre os trabalhadores. Essas reuniões ocorrem, na organização interna do serviço, semanalmente com todos os profissionais, tendo como pautas questões que se dividem entre administrativas, técnicas e estudos de casos. As reuniões gravadas empreenderam um tempo médio de cinco horas por cada reunião, e as transcrições correspondem a dois volumes de material impresso, que se dividem em: Caderno I - Reunião I e Reunião II (110 páginas); Caderno II – Reunião III (93 páginas).

1.3 - Grupo Focal - Realizado após as gravações de todas as reuniões e a pré-análise dos conteúdos. Foi realizado por um período de um pouco mais de duas horas, em um dia de reunião de equipe, teve como base um pequeno texto, elaborado previamente, e lido na íntegra para os trabalhadores (ver apêndice A). As repostas foram espontâneas e imediatas, sem intervenção da pesquisadora, após a leitura de cada pergunta. As transcrições dessas falas foram anexadas ao Caderno II do material impresso, ampliando, assim, o volume desse material a 144 páginas.

Este recurso de recebimento de informação (Grupo Focal) permitiu, na presente pesquisa, referendar o que já está exposto teoricamente como vantagem de utilização desta técnica, que possibilita delimitar um tema específico no

recebimento de informações. Para Minayo (1993 e 2005), o grupo focal é uma técnica importante para tratar as questões da saúde, no âmbito social, pois permite estudar as relações de diversos grupos de profissionais de áreas diferenciadas e processos de trabalho; uma técnica que auxilia no aprofundamento qualitativo de questões sociais de um determinado grupo ou grupos e, ainda, permite tornar-se foco de auto-reflexões e processos de transformações sociais. Essa auto-reflexão foi relevante no desenvolvimento desta pesquisa e constituiu-se, algumas vezes, na própria formação e tomada de consciência das ações que vêm sendo desenvolvidas na unidade, por parte da equipe de trabalhadores.

As reuniões e o grupo focal foram gravados, transcritos e armazenados em computador. Após a formação desse *corpus*<sup>5</sup>, com todo o material em mãos, gravado, transcrito e impresso, iniciou-se um processo de sistematização e análise, na busca da significação das falas dos profissionais participantes da pesquisa.

2 – Sistematização das informações recebidas: Todo o material transcrito foi sistematizado, com vistas a possibilitar a busca dos núcleos de significação, sem distinção de quais falas se referiam à primeira, segunda ou terceira reunião, apenas o material do Grupo Focal (apesar de estar organizado em conjunto com o restante) foi demarcado como pertencente ao recebimento de informações por meio da técnica do Grupo Focal. Essa fase da pesquisa pode ser descrita em três processos:

2.1 – O conteúdo das falas foi organizado em três grandes temas pelos quais perpassavam as reuniões, cujos elementos evidenciaram que todo o processo de interação da equipe se dava pelo foco em três eixos temáticos: relações interpessoais entre os trabalhadores; discussões inerentes ao campo político-jurídico

---

<sup>5</sup> Vale dizer que somado a esse *corpus* há um processo de recebimento de informações mais extenso do que a delimitação do presente trabalho, pois, além do CAPS, participante desta pesquisa, todo esse procedimento foi desenvolvido em outro serviço do mesmo modelo, mas, por questões metodológicas e estruturais, o material ficou para uma posterior análise.

da Reforma Psiquiátrica; e discussões relativas à assistência técnica ao usuário, ao modo de organização do serviço ou de atenção ao sujeito do tratamento. Assim, os conteúdos dessas falas foram organizados (primeiramente separando-se no próprio material impresso, com marca-texto de cores diferenciadas, as temáticas a que se referiam as discussões para cada um desses eixos).

Essa forma de sistematização foi baseada nas argumentações de Amarante (2003b) a respeito da necessidade de transformação social para a efetivação da Reforma Psiquiátrica. Pois, para o autor, a Reforma Psiquiátrica deve perpassar transformações em quatro eixos principais (Político-jurídico, Técnico-assistencial, Teórico-conceitual e Sociocultural).

O eixo Político-jurídico, definido por Amarante (2003b), refere-se às transformações legais que a Reforma tem passado ao longo dos últimos anos. O eixo Técnico-assistencial diz respeito às modificações das práticas no tratamento da pessoa com sofrimento psíquico, as quais vêm passando por mudanças tanto no que se refere à psiquiatria em si, quanto no que se refere ao uso de técnicas para o tratamento. O eixo Teórico-conceitual compreende as concepções a respeito do processo de sofrimento psíquico e dos tipos de adequação de ações de saúde no tratamento e/ou nas intervenções realizadas no âmbito da saúde mental. Por fim, o eixo Sociocultural é definido pelo autor como se referindo às transformações mais amplas na relação com o processo de adoecimento psíquico, transformações essas que necessitam superar a tradição cultural da crença no sujeito com sofrimento psíquico como impossibilitado de convívio social, e de auto-gestão; e da crença na condição de periculosidade e tutela do sujeito que sofre. Este eixo é determinante para o processo de desinstitucionalização do sofrimento.

Nesse sentido, foi pela inspiração nessas definições de Amarante (2003b), e na forma como se manifestaram as falas nas reuniões da equipe, que estes conteúdos foram sistematizados tomando por base três grandes eixos: relações interpessoais, político-jurídico e assistência ao usuário. Foram compreendidas como pertencentes ao campo político-jurídico todas as discussões da equipe que eram relativas às informações, compreensões ou questionamentos legais; às questões de gestão; e de controle-social, enfim, tudo o que a equipe dissesse a respeito de sua compreensão do campo político-jurídico da Reforma Psiquiátrica.

As discussões relativas ao campo da assistência ao usuário, as quais podem se inserir nos eixos Técnico-assistencial e Teórico-conceitual, definidos por Amarante (2003b), foram todas as falas da equipe que se referiam à organização do serviço, à avaliação do quadro do processo de adoecimento/tratamento do usuário ou à atenção à saúde dada à população. Neste campo, foram consideradas todas as formas de trocas e articulações estabelecidas entre a equipe, entre esta e os coordenadores, os gestores e outros representantes de instituições diversas do CAPS. Foi compreendido, no presente trabalho, como inerentemente ligado aos eixos Teórico-conceitual e Sociocultural, de que fala Amarante (2003b).

2.2 – Após essa primeira sistematização procedeu-se o levantamento de quais seriam os pré-indicadores dos núcleos de significação em cada eixo temático, ou seja, quais seriam os ‘predicados psicológicos’ das falas, considerando a perspectiva vigotskiana (2001) de que o predicado psicológico é a eliminação daquilo que circunda o que é essencial nas falas e a contemplação do que é principal, do núcleo do que se está falando. Foram realizadas leituras diversas de todo o material, como tentativa de retirar das falas, em cada uma das temáticas separadas, o núcleo do conteúdo dessas falas. Nesta fase, o material trabalhado foi

organizado em arquivos no computador com pastas e registros dos principais pré-indicadores apreendidos (AGUIAR e OZELLA, 2006).

2.3 – Esses pré-indicadores foram relacionados aos grandes temas, pois se percebeu neste processo que eles, algumas vezes, se repetiam nos eixos temáticos diferenciados. Aguiar e Ozella (2006) afirmam que os pré-indicadores são temas que vão emergindo pela freqüência, pela ênfase dada nas falas dos sujeitos, pela carga emocional, pela ambivalência ou contradições. Para esses autores, os pré-indicadores são vários e necessitam passar por filtragens que permitam avaliar a importância de tais pré-indicadores para a compreensão do objeto pesquisado.

2.4- A partir dessa base, com os pré-indicadores destacados e mais a separação do *corpus* em três grandes eixos temáticos, foi possível aglutinar (pela similaridade e complementaridade) alguns pré-indicadores e elencar os indicadores que possibilitassem a apreensão dos núcleos de significação das falas. Assim, no processo de filtragem, conforme argumentam Aguiar e Ozella (2006), os indicadores destacados foram: Rede de Saúde Mental, Gestão, Relações de Poder, Usuários do Serviço, o papel do profissional-trabalhador do CAPS e Família. A partir daí, fez-se um quadro para a análise, o qual permitiu colocar as falas destacadas em cada indicador e associá-las aos grandes temas/ eixos (ver Apêndice B). Os indicadores, associados aos conteúdos temáticos, passam, assim, a adquirir significados que permitem a apreensão dos núcleos de significação das falas dos sujeitos.

3 – Análise do conteúdo sistematizado: O terceiro passo da pesquisa foi o início da análise, propriamente dita, deste material já sistematizado. O processo de análise não é uma fase que se constitui separadamente de toda a sistematização, pois, já no contato com todo o material e na construção do pensamento para auxiliar a sistematização, há implícita uma forma de análise, mesmo que primária, de todo o

conteúdo das falas. Para Minayo (2005), não há como separar, em uma pesquisa qualitativa, o momento de coleta de informações, de sistematização e de análise, pois apenas a organização das informações, se feita com qualidade, pode constituir-se uma pré-análise. Portanto, nesta fase o que ficou marcado foi a busca pela compreensão de todo o material já previamente organizado e, portanto, pré-analisado e a apreensão dos núcleos de significados emergentes.

3.1 – Buscou-se, a partir dos indicadores e de sua relação com os temas-eixos, apreender os elementos de homogeneidade das falas, as contradições, o subtexto<sup>6</sup> e a relação com os contextos e com os sujeitos que se orientavam pela fala, cujos elementos estavam sob análise (VIGOTSKI, 2001). Segundo Aguiar e Ozella (2006) o processo de análise não deve se restringir à fala do informante, a qual deve ser articulada com o contexto social, político e econômico do sujeito que fala. Para Vigotski (2001), a fala em si não é o equivalente imediato daquilo que o sujeito está pensando, ela se desenvolve em uma seqüência completamente diferente da totalidade do pensamento.

Essa fase foi caracterizada pela revisão da literatura e pela análise comparativa desta com os significados atribuídos pelos trabalhadores aos aspectos emergentes como núcleos de significação para análise. Assim, as categorias de análise foram trabalhadas e encampadas aos aspectos teóricos e jurídicos da Reforma, na atualidade, e às condições específicas do processo de organização do serviço nas unidades e no município de Goiânia. Assim desenvolvendo o processo de análise, chegou-se, portanto, aos cinco núcleos apresentados no presente trabalho: O território e a rede: um campo de batalha; Trabalhadores *versus* gestores:

---

<sup>6</sup> Para Vigotski (2001), em toda fala há um pensamento oculto, há o que ele denominou de subtexto. Assim, o subtexto torna-se elemento fundamental na compreensão do significado atribuído pelos trabalhadores à Reforma Psiquiátrica.

o nado contra a maré; O lugar de não sujeito do usuário; Entre o saber e o fazer – o vazio de inovações; e Palco de disputas: quem sabe mais?

Com este percurso metodológico pôde-se chegar aos significados da Reforma Psiquiátrica para os profissionais do CAPS em Goiânia e compreender que é pelo significado atribuído pelos trabalhadores a esse processo de Reforma que as trocas estão sendo estabelecidas e é pelo significado que as mediações perpassam, é o significado que propicia a mediação simbólica entre mundo individual e mundo real, no cotidiano dos CAPS.

Para Minayo (2005), a análise do significado deve estar sempre embasada nas práticas sociais, ressaltando o condicionamento histórico das falas, das relações e das ações. Portanto, apreender o significado atribuído à Reforma Psiquiátrica pelos trabalhadores de CAPS foi um processo que pressupôs apreender essa historicidade, essa mediação simbólica, ou seja, apreender o significado das falas sabendo que ele contém mais do que aparenta, foi apreender a união entre pensamento e linguagem pelo processo de significação humana.

Essa pesquisa pretendeu dar continuidade a várias outras que vêm sendo desenvolvidas, por várias áreas como: enfermagem, serviço social, psicologia, as quais se afirmam pela tentativa de compreender os caminhos da Reforma Psiquiátrica no Brasil (RABELO, 2005; SILVA, 2005; OLIVEIRA e ALESSI, 2005; FREIRE *et al* 2005; VIEIRA FILHO e NÓBREGA, 2004). Apesar de a história de mobilização pela Reforma vir de longa data, esse é um processo que ainda não se constituiu sólido, até porque foram transformações que perpassaram a mobilização social, a modificação legal e que ainda estão em um estágio que necessita passar por mudanças que abranjam, além da assistência propriamente dita, a cultura, ou melhor, a concepção do que é sofrimento psíquico, do que é coletividade e do que é

universalidade, princípios que expandem o que está sócio-historicamente constituído na sociedade.

No resgate da psicologia social como campo de compreensão deste processo há o entendimento da teoria sócio-histórica de Vigotski, para além de aspectos que determinam este autor como vinculado à psicologia do desenvolvimento, mas sim como epistemólogo que se embrenhou em investigações múltiplas e cujos produtos são infinitos e ricos para a compreensão dos processos psicossociais que ocorrem no âmbito das relações e das interações. Superar uma lógica pré-definida, como a constituição histórica das práticas de saúde e das interações profissionais; e construir um novo alicerce para a compreensão do que seja o sofrimento psíquico, de como intervir e de definição de práticas mais resolutivas, como o proposto pela política da Reforma, envolve transformação estrutural e social que se dá pela interação, pela mediação e pela construção de novos significados dessas práticas que já se encontram estabelecidas historicamente.

Para Vigotski (2001), o significado é, no âmbito da linguagem, o elemento que possibilita a interação, o que permite a comunicação entre os sujeitos, mas, apesar de ser considerado a zona mais estável da linguagem, ele não é fixo, ao contrário passa por transformações e por processos de elaboração de novos significados. Portanto, a base do presente estudo foi compreender essa elaboração de novos significados no contexto de trabalho dos CAPS, tendo como referência a diretriz política da Reforma Psiquiátrica. O foco prioritário se deu na busca de apreensão de todo o processo de significação do modelo de atenção à saúde, o qual, inevitavelmente, pressupõe a existência de transformações sócio-culturais (AMARANTE, 2003b).

Esta pesquisa não apresenta respostas únicas, mas permitiu colocar em pauta reflexões quanto à contradição posta pela ampliação dos atores sociais na Reforma Psiquiátrica, a qual tem uma história marcada pela mobilização social, com caráter de denúncia e de reivindicações, e, ao emergir, revelou contradições inerentes à própria realidade objetiva da organização social, deflagrando embates e confrontos que evidenciaram as relações de poder (MARTIN-BARÓ, 2003) que regulam e perpassam todas as trocas sociais e relações intergrupais estabelecidas entre os trabalhadores de CAPS.

Este trabalho buscou compreender o espaço de relações, construído em um serviço permeado de contradições, ao mesmo tempo em que repleto de novidades; rico na diversidade, ao mesmo tempo em que recheado de uma singularidade própria. Buscou trazer uma análise das construções sociais que se desenvolvem, por meio da contradição entre individual e coletivo, quando em espaços que exigem o exercício da democracia e da cidadania, mas que ainda não têm contidos em si o modo mais adequado de exercê-las sem transformá-las em espontaneísmo ou em adaptação passiva.

A apresentação desta pesquisa está organizada em quatro capítulos: o primeiro faz uma breve localização da política de saúde no Brasil e da Reforma Psiquiátrica brasileira (movimento social, legislação e impasses), sem a pretensão de traçar um histórico da Reforma, até porque já existe uma amplitude de estudos que abordaram esse aspecto; o segundo capítulo apresenta o objeto da pesquisa propriamente dito, os serviços de saúde mental em Goiânia (apresentação da rede de saúde mental hoje existente) e a unidade em cuja pesquisa foi desenvolvida, com caracterização histórica e especificidade do formato de organização do trabalho; o terceiro capítulo apresenta a análise elaborada com base nos aspectos que se

referem à transformação do modelo da atenção à saúde mental da população usuária do CAPS, apresenta o significado do modelo da Reforma para os trabalhadores; e o quarto capítulo se destina ao significado das relações que se estabelecem na construção desse novo modelo de atenção, no âmbito das trocas interdisciplinares e das inovações da prática de atenção à saúde mental; por último, são apresentadas as conclusões com síntese da elaboração teórica da pesquisa realizada.

## 1. O PROCESSO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: UMA COMPREENSÃO HISTÓRICA

*“O sol não veio, as portas foram abertas, a fantasia foi preservada. Os loucos atalham caminhos, varrem vazios, ensaboando as tardes carregadas de vozes.”*  
(Francisco Perna Filho)

A Reforma Psiquiátrica no modelo da desinstitucionalização, desde os seus primórdios<sup>7</sup>, busca uma inversão do modelo assistencial, de modo a transformar o foco da atenção à saúde mental, passando de uma atenção direcionada ao modelo hospitalar e/ou asilar para uma atenção de viés psicossocial, que privilegia a reocupação do espaço social pelo sujeito que sofre. Nesta luta pela inversão do modelo, o caminho percorrido assinala alterações significativas na atenção, ao mesmo tempo em que delinea embates e aponta entraves para a fluidez das transformações exigidas. Empreender esforços para apropriar-se desse percurso é fundamental para o entendimento do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil.

### 1.1. O CONTEXTO DA SAÚDE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Com a aprovação da nova Constituição da República, em 1988, o SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde) foi substituído pelo SUS (Sistema Único de Saúde). Segundo Mansur (2001), o SUS veio romper com a lógica das políticas

---

<sup>7</sup> Iniciada com Basaglia, na Itália, com o movimento da psiquiatria alternativa. Chegou ao Brasil na década de 1970, tendo como fundamento os princípios basaglianos de que a pessoa com sofrimento psíquico necessita de muito mais do que a cura de sua doença. Necessita de relacionamentos humanos, de autonomia, de família, enfim, de uma vida social interativa (BASAGLIA, 1982).

de saúde anteriores, as quais se baseavam no modelo de seguro social e passaram para o modelo de seguridade social, proporcionando a universalização da atenção e transformando o modelo de atenção curativa da saúde para um modelo de atenção integral à população, o qual requer atuação interdisciplinar para a integralidade das ações.

Esse novo modelo foi inscrito na Constituição Federal (no capítulo sobre Seguridade Social, na Seção II) e complementado pelas leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990. A primeira foca os princípios organizativos do SUS, enquanto a segunda enfoca o controle social. A operacionalização desta legislação tem sido feita por meio de diversas portarias do Ministério da Saúde, destacando-se as Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1991, 1993 e 1996 (CORNÉLIO, 1999). A NOB 93 trata especificamente da assistência, enquanto que a NOB 96 aborda a descentralização da assistência, vigilância sanitária, epidemiologia e controle de doenças. No que diz respeito à descentralização, com a NOB 96, ocorreu um grande aumento de recursos transferidos aos municípios habilitados em gestão plena. Em 2001 e 2002, na busca de reorientar o modelo presente nas NOB 93 e 96, editam-se as Normas Operacionais de Assistência à Saúde / NOAS – SUS 01/01 e 02/02, que ampliam as responsabilidades dos municípios na atenção básica e regem a hierarquização dos serviços e as pactuações intermunicipais (CORNÉLIO, 1999).

Todo esse processo de construção de políticas de saúde descentralizadas e regionalizadas, eclodido a partir de mobilizações sociais, legalizou o sistema de saúde como alimentador de ações que possibilitem reorganizar os serviços de forma a proporcionar o maior acesso da população, maior proximidade com a necessidade desta, planejamentos mais democráticos e atuações não apenas curativas como também preventivas e multiprofissionais. Porém, a execução dessas ações no plano

real não contempla a mesma adaptação que a legislação aparenta ter. Até porque o aparato legal é embrenhado de possibilidades de atuações contraditórias e de organizações de serviços que se orientem pela lógica de um modelo mais centralizador e/ou menos democrático; os trabalhadores, por sua vez, como sujeitos sociais, não se orientam por um modo de agir que esteja desconectado das próprias estruturas sociais em que se encontram inseridos.

Deste modo, a partir de mobilizações sociais, que exigiam um novo modelo de atenção à saúde da população, a legislação brasileira foi obrigada a se modificar na tentativa de se adequar a essa demanda, mas, somente este aparato jurídico não garantiu a transformação do modelo. Para que se efetive uma mudança nas práticas em saúde é necessário mais que as transformações legais já ocorridas, é preciso que ocorra uma modificação de cunho estrutural no âmbito das trocas sociais, uma transformação nos modos culturais e institucionais de organização de serviços no campo da saúde.

Para Melo e Brant (2005) o desenvolvimento da medicina científica firmou-se em uma racionalidade focada na patologia e, conseqüentemente, na relação do médico com a doença e não com o sujeito do sofrimento. Desta forma, a ciência médica, ao destacar e priorizar a doença, no campo da saúde, trouxe a emergência do poder médico como padrão de tratamento, uma vez que este se constitui o detentor do poder de cura e de eliminação dos sintomas. De modo conseqüente, a prática de saúde passou a se ocupar exclusivamente do corpo, da doença, e se esqueceu dos sujeitos. Esses autores argumentam que no início do século XX já era nítida a compreensão de que o único saber considerado, no âmbito da saúde, era o saber médico, pois as práticas médicas desqualificavam totalmente

os cuidados aos doentes exercidos pelas famílias e pelas comunidades. Esse modo de ação em saúde é, ainda hoje, o modelo hegemônico.

Apesar de as diretrizes das políticas de saúde enfatizarem ações mais amplas e promotoras de saúde, constituindo-se para além da cura da doença, abarcando intervenções intersetoriais, ainda há longo percurso para que essas práticas se transformem. Para Melo e Brant (2005), seguindo a mesma lógica da submissão da família e do doente a uma ordem médica, encontram-se submetidos os outros profissionais de saúde, os quais deixam que o predomínio das intervenções esteja subjugado à lógica das ações do médico. Desta forma, a área da saúde geral veio se constituindo, em meio a esse cenário de transformações (mais jurídicas do que práticas), em uma relação de conflitos de categorias, onde o profissional da área médica mantém o seu poder, ou busca a sua manutenção, e os profissionais de outras áreas buscam o seu reconhecimento.

A ampliação de categorias profissionais no âmbito da saúde está marcada pelo SUS, mas não está assegurada como procedimento e nem como possibilidade de constituição de uma atuação que seja indício da superação de um modelo médico-biológico hegemônico e nem da efetivação de um modo de atuação que valorize o acesso universal, a atenção integral e o foco no sujeito do sofrimento.

Pode-se afirmar, assim, que não existe ainda, no âmbito das ações em saúde, uma transformação de agir assimilada culturalmente e defendida pelas instituições, dadas as estruturas objetivas da organização social existente. No próprio processo de formação dos profissionais há ênfase no modelo privatista da saúde e no modo biológico, fragmentado e hierarquizado da atenção, o que gera, entre os profissionais, uma tendência a manter o modelo hegemônico, centrado na figura do médico e no modelo biomédico da atenção.

Um estudo realizado na Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN (TRAVERSO-YÉPEZ e MORAIS, 2004) com estudantes de áreas das ciências da saúde (psicologia, medicina, enfermagem, serviço social, fisioterapia, farmácia e nutrição) mostrou que as concepções que permeiam a formação desses alunos enfatizam os aspectos biológicos e subestimam os aspectos psicossociais da saúde. E, ainda, apresentou dados de que as expectativas dos estudantes estão voltadas para as práticas autônomas e trabalhos em espaços físicos de máximo conforto, o que contraria a provável realidade futura da maioria deles: ser absorvida em serviço público e trabalhar na saúde pública. O estudo revelou também que a maior parte dos estudantes tem uma visão limitada do ser humano devido às suas formações específicas.

Pode-se retirar dos dados desse estudo que os trabalhadores da saúde que estão se formando são, em sua maioria, em decorrência da própria formação acadêmica, compactados em categorias e classes profissionais, adaptados ao sistema sócio-econômico estabelecido e desapropriados das atuações humanísticas e interdisciplinares que o SUS requer. Talvez esse seja o mesmo perfil dos trabalhadores de saúde que estão nos campos de atuações hoje, o que permite compreender a dificuldade do trabalho em equipe e de um enfoque interdisciplinar na atuação profissional. Ainda mais quando o que se constituiu historicamente como prática adequada em saúde é, exclusivamente, a prática médica e quando esta se encontra erigida em uma prática social que se dá pelo molde da exclusão social, considerando neste aspecto a dialética inclusão/exclusão (SAWAIA, 2001).

Diante do exposto, é importante ressaltar o percurso da saúde mental que tem, prioritariamente, desenvolvido ações que mais se aproximam das diretrizes do SUS, tais como acessibilidade universal, vínculo e responsabilização. Em saúde

mental, alguns avanços foram conseguidos em relação a essa prática de viés democrático, buscando possibilitar garantia de acesso a todos e a minimização do uso de apenas intervenções orientadas pelo modelo biomédico no tratamento do portador de sofrimento psíquico. Tais avanços são frutos de mobilizações sociais que impulsionaram a Reforma Psiquiátrica no Brasil.

## **1.2. A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL**

A Reforma Psiquiátrica brasileira é um processo que vem se constituindo desde há muito, configurando transformações gradativas na concepção do que é adoecimento psíquico e de como intervir ou tratar esse sofrimento. Amarante (1994) relata que já em 1890, com a chegada dos republicanos ao poder, ocorreu no Brasil uma série de medidas que caracterizaram a primeira Reforma Psiquiátrica brasileira, com a criação das primeiras colônias para as pessoas com sofrimento psíquico e a desvinculação do Hospício de Pedro II da Santa Casa, passando-o para a administração feita pelo poder público.

Essas transformações consolidaram, no Brasil, o modelo asilar da psiquiatria, inspirado nas experiências européias. Com Juliano Moreira sendo designado, pelo poder público, a administrar a assistência médico-legal aos portadores de sofrimento psíquico, a Reforma brasileira começa a vincular-se à corrente alemã da psiquiatria, em cujas orientações o biologicismo do adoecimento psíquico é ressaltado para explicar as origens das doenças, cuja orientação expandiu para outros fenômenos sociais, no quais a biologia passou a explicar etnias, movimentos políticos e ideológicos, valores éticos etc. Tipo de orientação que

culminou na criação da Liga Brasileira de Higiene Mental, em 1923, a qual, segundo Amarante (1994) colocou definitivamente a psiquiatria em defesa do Estado, por meio do controle social e por intervenções que “passam a pretender recuperar raças (p. 78)”.

A partir daí, a Reforma brasileira veio avançando nas práticas do asilamento com as descobertas das técnicas e fortalecendo-se, em 1950, com o surgimento dos primeiros neurolépticos para o tratamento do sujeito com sofrimento psíquico. Segundo Amarante (1994), esse avanço de técnicas de tratamento não contribuiu em nada para a desospitalização e nem para a desinstitucionalização, pois apenas incrementou a estrutura manicomial, por meio do controle das doenças e dos sujeitos do tratamento.

A partir dos anos de 1960, com a unificação dos institutos de pensões e aposentadorias, por meio da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Estado passou a investir nos serviços psiquiátricos do setor privado, comprando serviços existentes na rede privada em detrimento da criação de serviços públicos. Ação que colocou, definitivamente, a psiquiatria na condição de objeto de lucro, de mercadoria. Neste modelo, em conformidade com a lógica de todas as ações de saúde, propostas que buscavam valorizar alternativas não manicomiais encontraram grandes dificuldades para avançar, haja vista as próprias resistências dos empresários e a sua força política no aparelho estatal (AMARANTE, 1994).

Esse modelo privatizante, desenvolvido não apenas no âmbito da psiquiatria, mas em toda a saúde geral, contribuiu para a crise da previdência social, que veio a lume em 1980 e que levou o Estado a tomar medidas que visassem reorganizar o setor público. Essa crise deflagrada possibilitou a ampliação das

discussões e a formação de movimentos que tinham como caráter o questionamento e denúncias, dando, assim, voz aos técnicos e usuários dos serviços de saúde e da psiquiatria, que passaram a exercer o seu lugar de participação na assistência do serviço público, principalmente a partir da instituição do SUS, conseqüência do processo de construção da democracia no Brasil (AMARANTE, 1994).

Neste percurso da saúde mental é importante destacar o movimento que surgiu no Brasil, no final dos anos de 1970 - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que emergiu com caráter de denúncia aos maus-tratos dos pacientes nos hospitais psiquiátricos e da política privatizante da assistência psiquiátrica, movimento que clamava pela desinstitucionalização da assistência psiquiátrica nacional. Esse movimento, eclodido no Rio de Janeiro, primeiramente como um movimento de trabalhadores da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), que denunciou as formas de tratamento existentes em quatro hospitais psiquiátricos da DINSAM e questionou a política psiquiátrica brasileira, transformou-se em um movimento em pequenos núcleos estaduais (principalmente em São Paulo, Minas Gerais e no Rio de Janeiro) e efetivou-se como o MTSM, colocando definitivamente em pauta a questão da atenção psiquiátrica no Brasil (AMARANTE, 1995).

Amarante (2003a) avalia que o MTSM ampliou as críticas à assistência psiquiátrica no Brasil, pois se diferenciou do movimento da antipsiquiatria (da década de 1960) por ter constituído-se uma “crítica ao saber psiquiátrico” (grifo do autor). Enquanto a antipsiquiatria esteve focada apenas nas mudanças de procedimentos técnicos - discussão que esteve em foco somente no meio médico - o MTSM transformou essas discussões em questionamentos mais amplos, criticou a própria psiquiatria. Este movimento transformou-se em uma mobilização mais

extensa, para além dos trabalhadores, e constituiu-se um movimento em prol da reforma da psiquiatria no Brasil, expressando uma junção de questões teóricas, políticas, culturais e sociais no âmbito da Reforma (AMARANTE, 2003a).

Para Amarante (2003a), as mobilizações sociais tiveram importante papel no processo de desinstitucionalização da assistência psiquiátrica, quando, em 1987, no II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado na cidade de Bauru-SP, assumiu-se como um movimento social mais amplo, levando toda a sociedade a discutir o processo de adoecimento psíquico e as formas de intervenções e tratamento. Esse movimento transformou-se, então, no Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.

Deste modo, o Movimento Nacional da Luta antimanicomial, iniciado em 1987, externo ao aparelho estatal, contribuiu para modificações legais que proporcionassem a expansão do modelo sanitarista, a montagem de equipes multidisciplinares e o controle e humanização dos serviços hospitalares, contribuiu, enfim, para as transformações na assistência psiquiátrica brasileira. O desenvolvimento dessa mobilização social questionou o hospital psiquiátrico como único dispositivo de tratamento e travou a luta para uma sociedade sem manicômios. Acirraram-se as críticas aos hospitais psiquiátricos, enfatizando o controle e a fiscalização dos serviços pela própria população - usuários, familiares e trabalhadores.

Começaram, portanto, a surgir os primeiros serviços substitutivos de hospitais psiquiátricos (Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS e Centros de Atenção Psicossocial – CAPS), que propunham um novo modelo de atenção. O primeiro CAPS, no Brasil, surgiu na cidade de São Paulo, em 1986: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Prof. Luiz da Rocha Cerqueira ; no ano de 1987 é

criado o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) – Hospital-Dia, em Bauru; e, em 1989, iniciou-se um processo de intervenção, no município de Santos – SP, em um Hospital Psiquiátrico (Casa de Saúde Anchieta), por maus-tratos e mortes de pacientes ( CFP, 2007; BRASIL, 2004a; AMARANTE, 2003a; VASCONCELOS, 2000).

Esse processo inicial de intervenção, de denúncia social de maus-tratos e desrespeito ao sujeito do sofrimento, aliado à criação de serviços que se contrapõem à psiquiatria tradicional traduz o momento de ampla mobilização social por que passava a história da psiquiatria e da atenção à pessoa com sofrimento psíquico. Marca o momento em que a sociedade como um todo pressiona o poder público na busca da melhoria da assistência psiquiátrica no Brasil e denuncia a precariedade do serviço hospitalar e a privatização do serviço público de saúde. Momento este, fundamental para o avanço do processo da Reforma no Brasil.

A Declaração de Caracas, em 1990, foi um outro avanço para a saúde mental, a qual afirmou a necessidade, na atenção à saúde mental, de modelos alternativos dentro de suas redes sociais; de reestruturação da assistência psiquiátrica, com revisão crítica da hegemonia dos hospitais psiquiátricos. A Declaração busca assegurar o respeito aos direitos humanos e civis e a permanência da pessoa com transtornos mentais na comunidade, além da capacitação dos recursos humanos de saúde mental de acordo com o modelo de serviços de saúde comunitária. A Declaração de Caracas, realizada em conferência com a participação de organizações, associações e autoridades, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas foi considerada pelos presentes no evento o marco dos processos de reforma da assistência em saúde mental nas Américas (BRASIL, 2004b).

Segundo Vasconcelos (2000), o avanço das transformações do modelo de atenção à pessoa com sofrimento psíquico levou, inclusive, à emergência de Associações de Usuários e Familiares, consolidando a defesa pela desinstitucionalização psiquiátrica e aproximando o Brasil de outros países que se constituíam centros de reforma da atenção à saúde mental na linha da desinstitucionalização, como a Itália.

Vasconcelos (2000) ressalta o crescimento no Brasil dos serviços substitutivos (NAPS e CAPS), a partir de 1992, e portarias ministeriais que regulavam esses serviços, o aumento significativo do número de profissionais de diferentes categorias nos quadros funcionais e o crescimento concomitante de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, como uma confirmação de que a assistência psiquiátrica estava se transformando, de hospitalização e internações asilares, em desospitalização e em serviços abertos que visavam a desinstitucionalização. Tais avanços foram gradativos e ocorreram em períodos históricos importantes para a Reforma no Brasil.

Vasconcelos (2000), ao estudar a periodização histórica dos avanços da Reforma Psiquiátrica, a divide em 5 (cinco) períodos, destacando modificações e características importantes em cada fase. No primeiro período (de 1978 a 1982) destaca as mobilizações sociais contra a institucionalização e a transformação do sofrimento psíquico em mercado, que ocorriam em paralelo às mobilizações pela mudança do modelo de atenção à saúde geral, num processo que, posteriormente, foi denominado Reforma Sanitária.

O segundo período (de 1980 a 1987) é marcado pela expansão do modelo sanitário, pela criação de equipes multiprofissionais em serviços ambulatoriais de saúde mental e pelo controle e exigência de humanização em todos os serviços.

Destaca-se a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que aprovou um relatório que propunha a democratização da saúde, o qual passou a constituir o Projeto da Reforma Sanitária no Brasil e impulsionou constituição do SUS.

O terceiro período (de 1987 a 1992) caracteriza-se por uma ausência dos interesses democrático-populares no espaço político e, conseqüentemente, para as políticas de saúde mental identificadas com esses interesses; porém é marcado pela consolidação de demandas realizadas em períodos anteriores (Constituição Federal / 88 e Lei Orgânica da Saúde / 90). Ressalta-se, ainda, nesse período o lançamento do Projeto de Lei Paulo Delgado (1989), que propunha a extinção gradativa dos manicômios e substituição por serviços de atenção em modelos abertos; e a Conferência de Caracas que estabeleceu um consenso entre os países da América - Latina, com relação à Reforma Psiquiátrica. É importante destacar que foi nesse mesmo período que ocorreu o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, que transformou o MTSM em um movimento social amplo: Movimento pela Luta Antimanicomial, e que instituiu o dia 18 de maio como “Dia Nacional da Luta Antimanicomial”.

O quarto período (de 1992 a 1995) é marcado, segundo Vasconcelos (2000), pelas mudanças mais importantes nas políticas de saúde mental, destacando a re-ocupação do espaço político pelo movimento da Reforma; a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), que inaugura um novo momento para a consolidação da Reforma; as portarias ministeriais que regulamentam oferta de serviços e financiamento, a partir desse período; a redução de leitos em hospitais privados, com base na qualidade da assistência; e a criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e de serviços no modelo CAPS e NAPS. Dentre as portarias vale destacar a Portaria 224, de 1992, que estabelece diretrizes

para os atendimentos ambulatoriais, intermediários (CAPS e NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial) e hospitalares, exigindo a multiprofissionalidade em todos os serviços de saúde mental.

O quinto e último período, definido por Vasconcelos (2000), abrange as transformações que vieram a partir de 1995. É caracterizado, pelo autor, como uma fase em que emergem limitações à expansão da Reforma, em função das políticas neoliberais do governo de Fernando Henrique Cardoso; pelo aumento de transtornos mentais, atribuídos pelo autor ao crescimento do desemprego e da miséria social. Porém, paralelamente, no plano regional e local, é um período que se caracteriza pela consolidação dos serviços substitutivos do modelo hospitalocêntrico (equipes de saúde da família e sistemas de referência e contra-referência a serviços psiquiátricos mais complexos), marcando, assim, conforme análise do autor, a difusão de programas de saúde mental comprometidos com a Reforma.

A partir deste levantamento realizado por Vasconcelos (2000), no qual o último período abrange as transformações de 1995 até o ano 2000, é possível avançar e propor a definição de um sexto período relativo aos caminhos da Reforma Psiquiátrica no Brasil, o qual se inicia a partir de 2001 e se orienta principalmente pela sanção da Lei 10.216, em abril de 2001. Esta lei tem por base o Projeto de Lei Paulo Delgado, de 1989, e tramitou, portanto, por doze anos no Congresso Nacional. A lei regulamenta a Reforma Psiquiátrica no Brasil e impulsiona a transformação do modelo da atenção nos serviços de saúde mental, privilegiando o tratamento em serviços substitutivos, porém, segundo Rabelo (2005), não se constitui um único instrumento para produzir a mudança e transformar a atenção à saúde mental para além dos manicômios. Essa lei dispõe sobre os direitos dos portadores de transtornos mentais e redireciona a assistência; regulamenta a

internação só quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes e veda internações em instituições com características asilares; assegura o atendimento humanitário, a proteção contra o abuso e exploração e o acesso às informações; regulamenta as internações voluntárias, involuntárias e compulsórias (BRASIL, 2004b).

Outro dispositivo legal que marca o desenvolvimento do processo da Reforma Psiquiátrica, neste sexto período, é a Portaria Ministerial 336, de fevereiro de 2002, que regulamenta e define os serviços substitutivos de hospitais psiquiátricos, determinando que os serviços CAPS e NAPS existentes fossem recadastrados nas modalidades CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad<sup>8</sup>, bem como todos os novos serviços de saúde mental que viessem a ser criados e cadastrados na rede do SUS. Vários outros dispositivos vieram confirmar certo avanço do processo de Reforma da atenção à saúde mental no eixo jurídico, como as portarias ministeriais 189/2002 e 626/2002, que regem sobre o financiamento de procedimentos de alta complexidade (APACs), que tornam-se instrumentos de financiamento para a manutenção dos serviços na modalidade CAPS.

Atualmente, ressaltando essa sexta fase da periodização histórica (a partir de 2001), pode-se caracterizar o momento como possibilitador da construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo hospitalocêntrico e de fiscalização e redução progressiva programada de leitos psiquiátricos, com

---

<sup>8</sup> CAPS I (serviços de atenção psicossocial, com capacidade operacional para municípios de até 70.000 habitantes, funcionando das 08:00h às 18:00, em cinco dias úteis)

CAPS II (serviços com capacidade operacional para municípios com mais de 70.000 habitantes, funcionando das 08:00h às 18:00, em cinco dias úteis).

CAPS III (serviços com capacidade operacional para municípios com mais de 200.000 habitantes, funcionando diariamente 24 horas, inclusive aos finais de semana)

CAPSi (serviço para atendimento de crianças, com transtorno mental de moderado a grave, constituindo-se referência para uma população de, aproximadamente, 200.000 habitantes)

CAPSad (serviço para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependências de substâncias psicoativas, para atendimento em municípios com população superior a 70.000 habitantes) (PORTARIA GM 336/2002).

incentivos para a ampliação da rede de serviços substitutivos e para a atenção psiquiátrica não asilar. É nesse período que a Reforma Psiquiátrica se consolida como uma política de Estado, legislada no nível Federal; mas, apesar de prever alguns avanços na direção da transformação do modelo da atenção psiquiátrica, de incluir os serviços substitutivos (CAPS) nas ações estratégicas do Ministério da Saúde, contém, ainda, grandes deficiências nos moldes da lei e permite a construção de modelos de atenção ainda pautados na psiquiatria tradicional e hospitalocêntrica.

A Reforma Psiquiátrica brasileira, conforme foi exposto acima, tem sido marcada, gradativamente, por modificações fundamentais na legislação, nas ofertas de serviços e na organização dos processos de trabalho, podendo vislumbrar uma possibilidade de ação onde o encontro entre as diferenças e a horizontalização do contato com o outro (trabalhadores/usuários e trabalhadores/trabalhadores) sejam permitidos. Iniciada no movimento social e transformada em uma política de Estado, a Reforma encontra-se hoje, considerando os aspectos jurídicos e o plano real das ações, no dilema de construir uma prática e de estabelecer relações e processos de trabalho condizentes com o seu formato em sua gênese, ou seja, com o modelo proposto nos espaços de mobilização social, de liberdade, de respeito, de exercício de democracia e de cidadania.

Nicácio (2001, p.14), ao remeter ao MTSM (iniciado em 1978), apresenta a dificuldade por que passou esta população trabalhadora, os enfrentamentos feitos, as denúncias e os gritos sociais e produz a imagem de “técnicos se equilibrando nas pontes sobre o mangue” ao recordar do lema ‘Por uma Sociedade sem Manicômios’. Afirma que nunca é tarde para levantar essa bandeira e que um projeto de saúde mental, que se afirma como resistência a uma ordem posta, deve se tornar a

construção de uma nova cultura de cidadania, mais do que uma organização de trabalho dos profissionais e técnicos da saúde. Esse ainda é o lema atual, ou melhor, este se constitui o dilema: extrapolar o âmbito da técnica e da assistência e transformar a realidade objetiva e a cultura, no âmbito do sofrimento psíquico.

Com o exposto, pode-se afirmar que a Reforma Psiquiátrica tem se processado historicamente como uma tentativa de organização social, política e de serviços que buscam caminhar na contramão do modelo hegemônico, defendendo a necessidade de transposição do modelo hospitalocêntrico e técnico-biológico para um modelo psicossocial de atendimento. Este processo só se tornou possível por meio de mobilizações sociais e dos trabalhadores de saúde atuando de forma interdisciplinar nos serviços. Os próprios dispositivos legais, decorrentes das mobilizações sociais e dos trabalhadores, buscaram assegurar a equipe multiprofissional nos serviços de atenção à saúde mental.

Porém, esse próprio constitutivo legal da Reforma Psiquiátrica (a multiprofissionalidade), ou da saúde geral pelo prisma do SUS, pode se tornar um dos maiores impedimentos à sua efetivação, se tomar-se por base as corporações profissionais que estão fundadas em práticas divergentes (VASCONCELOS, 1997); a forma de organização social e política dos serviços de saúde; e a necessidade de que as mudanças extrapolem a assistência e o âmbito jurídico e constituam-se modificações de relações, de resgate de intersubjetividade e de cidadania, no plano real.

### **1.3. CONTRADIÇÕES E CONFLITOS NA CONSTRUÇÃO DO SABER E FAZER DA REFORMA PSQUIÁTRICA, NO CONTEXTO DAS EQUIPES.**

Fundamentando no que já foi exposto anteriormente, não seria uma falácia afirmar que a equipe de trabalhadores de saúde mental, apesar dos avanços e conquistas, ainda se depara com conflitos específicos a categorias profissionais e de relações de poder, inerentes à construção sócio-histórica de uma sociedade de classe, em que o poder é determinado pelo ter e pelo saber; e nem que a área da saúde mental incorre, ainda, no risco de, ao invés de ampliar as fronteiras disciplinares, criar uma fronteira específica de saber, estabelecendo uma outra categoria dentro da área da saúde geral: a categoria da saúde mental, na busca da aquisição de um poder ou status de saber específicos ao campo saúde mental.

Amarante (2003a) argumenta que na prática da saúde mental é necessário ir além do saber médico, é preciso buscar um saber que se fixa pela participação de todos. O autor afirma que um grande impedimento para o avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil é a luta travada entre vários segmentos em defesa de interesses próprios, dentre os quais se destacam os interesses pessoais, profissionais, políticos e mercantilistas, tendo como exemplo, a indústria dos medicamentos, que é afirmada pelo autor como elemento de importante impasse nos avanços da política da Reforma no Brasil.

Nesse sentido, vale destacar o modelo italiano da Reforma Psiquiátrica, que tem sido exemplo para todas as transformações da psiquiatria no Brasil. No entanto, o aspecto mais importante da desinstitucionalização italiana, destacado por Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) foi o fato de esta ter se configurado um trabalho concreto e diário dos profissionais de saúde mental na produção das mudanças

necessárias à transposição do modelo técnico-biológico para o modelo psicossocial. Transposição essa que esteve além de interesses políticos ou de movimentos específicos, ou ainda de puras modificações técnico-assistenciais, mas que se constituiu uma transformação da *práxis*, a qual permeia a cultura, a técnica e os movimentos políticos da sociedade (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 2001).

Delgado (2001) chama a atenção para o papel do trabalhador de saúde mental no contexto da Reforma no Brasil, afirmando que este se coloca em uma luta contra a institucionalização e preocupado em definir-se como aliado político da população a que serve. Segundo o autor, em algumas experiências do modelo de desinstitucionalização da assistência à saúde mental busca-se simplesmente uma extensão da cobertura dos serviços por meio de treinamentos de agentes de saúde, com esse treinamento feito à base de manuais, no intuito de “dividir o saber psiquiátrico, sem questioná-lo” (p. 187). Tal atitude impede a mudança do modelo da atenção, a qual continua focada nos aspectos biológicos da doença e, ainda, diminui a qualidade dos serviços prestados.

Para Delgado (2001), o aparato das políticas tem sido no sentido de buscar soluções para a inclusão dos serviços de saúde mental no âmbito da atenção básica, como uma forma unicamente técnico-administrativa e autoritária. O que contrapõe ao modelo proposto pela Reforma Psiquiátrica, de atenção psicossocial, de superação do tecnicismo biológico e da supremacia do saber médico, de responsabilização social pela saúde mental, de respeito à cidadania e resgate de autonomia pelo sujeito que sofre. Segundo o autor, felizmente, essa preocupação unicamente técnico-administrativa e autoritária não tem sido, ainda, a lógica dos serviços, os quais deixam-se permear pela cultura e pelos movimentos políticos da sociedade, o que “está presente no discurso ‘comunitário’ da transformação asilar”

(grifo do autor, p.189). Isso, por si só, já possibilita a indagação de quais são as bases que estabelecem a configuração da Reforma no Brasil e de como a multiprofissionalidade tem se constituído como um dispositivo de atenção à saúde mental no modelo psicossocial que a Reforma defende.

Compreender em que alicerces o movimento social transformou-se em política de Estado, em que bases essa política torna-se condição real de execução e de transformação técnico-assistencial e social, é fundamental para a apreensão do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Tal questionamento é a mola propulsora para a avaliação do processo de reforma da atenção à saúde mental, é o eixo que poderá nortear a compreensão dos conflitos travados nas equipes que se encontram diante desse desafio de superar a tradição técnico-biológica, sem abandoná-la em prol de uma liberdade leviana e de estabelecer uma contratualidade na atuação multiprofissional que não signifique um abandono de seu saber.

Existem algumas pesquisas de áreas distintas (enfermagem, medicina, psicologia) que buscam apreender e compreender o trabalho no modelo de CAPS. Dentre elas, vale destacar Oliveira e Alessi (2005), que buscaram compreender a relação entre os discursos e as práticas dos profissionais de um CAPS em Cuiabá-MT, abordando a distância que ainda permeia o discurso dos trabalhadores e sua prática de respeito à cidadania; Vieira Filho e Nóbrega (2004), que centram seus estudos na construção da rede de saúde mental com os CAPS e Equipes de Saúde da Família (PSF) como sendo a porta de entrada aos serviços de saúde mental; Silva (2005), que aborda o papel do profissional do CAPS, ressaltando a importância da atribuição da função de Técnico de Referência como sendo a condição impulsionadora da responsabilização pelo serviço; e Rabelo (2005) que buscou

pesquisar a saúde mental dos trabalhadores de acordo com o paradigma de atenção que permeia a sua prática (paradigma psicossocial *versus* paradigma biológico).

Rabelo (2005) fez uma análise comparativa entre trabalhadores de CAPS e trabalhadores de Hospitais Psiquiátricos, porém não se orientando como sendo o local de trabalho o elemento definidor do paradigma de atuação e sim a atitude do profissional neste serviço, a qual foi definida como pertencente a um ou outro paradigma por meio de uma escala de atitudes em saúde mental. A autora encontrou profissionais do paradigma biológico nos serviços de modelo CAPS e profissionais do paradigma psicossocial nos serviços hospitalares, porém em proporções diferenciadas nestes dois modos de atenção. Chegou a dados conclusivos de que os trabalhadores que mais aderem ao paradigma biológico possuem mais bem-estar físico e psicológico. Com esses dados, a autora reflete sobre a condição do trabalhador no paradigma biológico, argumentando que, talvez, eles sintam-se mais seguro com práticas já legitimadas por séculos, e que interagir na relação vertical é menos conflitivo para eles, e, ainda, que a objetivação da doença retira do trabalhador a responsabilidade pelo usuário, a qual fica assentada exclusivamente na medicação (RABELO, 2005).

Com o exposto, pode-se destacar que esse voltar o olhar de pesquisadores para o trabalho que se constitui no modelo de atenção psicossocial, seja ele com foco no trabalhador, na rede ou no usuário, é um indício de que o modelo CAPS encontra-se em processo de edificação. Talvez, o alicerce em que se funda a construção desse espaço de produção de saúde ainda possa ser precário ou desconhecido pelos que da edificação se ocupam, ainda mais quando essas transformações de agir, de trocas interdisciplinares e de estabelecimento de novas práticas, exigidas pelo modelo da Reforma, encontram barreiras no discurso

ideológico presente no arcabouço das categorias profissionais e das instituições que elas representam.

Deste modo, debruçar-se sobre o espaço que tem se constituído como substitutivo do hospital psiquiátrico e apreender as significações que permeiam essa construção é uma forma de participar desse processo de edificação de ações que pretendem estar além da prática exclusiva de saúde e constituírem-se uma prática social, que considere o espaço do sujeito com sofrimento, e dos trabalhadores de saúde mental, como possibilitador do exercício da subjetividade.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a) orienta que na construção desse espaço de atenção – o espaço CAPS - é fundamental que, na definição das atividades, sejam elencadas estratégias terapêuticas que repensem os conceitos, as práticas e as relações, e que todos necessitam estar envolvidos, questionando e avaliando constantemente o serviço. É sugerido que os CAPS sejam espaços de construção contínua de saúde para os usuários, trabalhadores, familiares e comunidade.

Com essa diretriz, os CAPS tornam-se espaços de práticas diversas e de modos de atuações singulares, muitas vezes orientados por uma política local divergente da proposta federal, ou mesmo diferente da proposta teórica da Reforma. Portanto, os CAPS acabam transformando-se em espaços marcados por uma singularidade própria, apesar das diretrizes políticas. O próximo capítulo é uma breve descrição do modo como os serviços de saúde mental estão organizados no município de Goiânia e de como o CAPS, participante desta pesquisa, tem estruturado a sua prática na rede de serviços de saúde mental de Goiânia.

---

## **O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) NA REDE DE SAÚDE MENTAL EM GOIÂNIA**

### **2.1 - OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA**

Em Goiânia a rede de saúde mental tem se modificado gradativamente com a instituição do novo modelo de atenção e com a construção da política nacional, cujo desenho foi brevemente abordado anteriormente. Tal transformação está assentada em mobilizações sociais, principalmente do Fórum Goiano de Saúde Mental, que impulsionaram a emergência de um novo modelo de atenção ao sofrimento psíquico, a partir do ano de 1997, em conseqüência da maior penetração desses movimentos no cenário político.

Um dos pontos importantes para a constituição desse novo modelo foi a criação do primeiro CAPS de Goiânia, em 1997, e o processo de municipalização do Pronto Socorro Psiquiátrico Wassily Chuc, no ano de 2000, com o conseqüente estabelecimento da porta de entrada, do SUS, aos hospitais psiquiátricos de Goiânia por esta unidade municipal de emergência. Ação hoje regulamentada pela Portaria Ministerial GM 251/2002, que define e estrutura a regulação da porta de entrada para as internações psiquiátricas, na rede do SUS. Esta portaria “determina que é atribuição intransferível do gestor local do Sistema Único de Saúde estabelecer os

limites das internações em psiquiatria e o controle da porta de entrada das internações hospitalares” (BRASIL, 2004b, p. 120).

Tal ação trouxe como base a obrigatoriedade de toda internação psiquiátrica em Goiânia, feita pelo SUS, passar, inevitavelmente, pela porta de entrada (PSPWC). Desta forma, segundo protocolo da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), somente a unidade responsável (PSPWC) encaminha às clínicas, se houver necessidade, os usuários para a internação pelo SUS. Caso não seja necessária a internação, deve ser feito o encaminhamento aos serviços substitutivos de unidades hospitalares (CAPS), ou a outras unidades de saúde, dependendo da necessidade do usuário. Essa ação, prevista no protocolo da SMS, coloca no âmbito da saúde mental, em Goiânia, a possibilidade de construção e formação de rede substitutiva promotora da desospitalização, porém tem sido construída gradativamente na prática cotidiana e não está efetivada como determina o protocolo, os encaminhamentos aos serviços substitutivos ainda não estão garantidos<sup>9</sup>.

Além do PSPWC, a rede de saúde mental de Goiânia conta atualmente com 05 (cinco) hospitais psiquiátricos de rede privada, 04 (quatro) CAPS II (responsáveis pelo tratamento de transtornos mentais de moderado a grave); 02 (dois) CAPSad, um adulto e um infanto-juvenil (responsáveis pelo tratamento de usuários abusivos ou dependentes de álcool ou outras drogas); 01 (um) CAPSi (responsável pelo tratamento de crianças e adolescentes com transtornos mentais de moderado a grave), 03 (três) serviços residenciais terapêuticos, cada um deles vinculados a um CAPS e 01 (um) ambulatório de psiquiatria. Há ainda, atualmente, a organização, por parte da Secretaria Municipal de Saúde, de processo para abertura

---

<sup>9</sup> Informações fornecidas, verbalmente, por um técnico da Divisão de Saúde Mental da SMS.

de mais 03 (três) serviços residenciais terapêuticos; o incentivo de iniciativas para a criação de associações e cooperativas de geração de renda aos usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares. O quadro abaixo apresenta este cenário.

Quadro 1 – Quantitativo de serviços de saúde mental na rede pública municipal

<b>Serviços</b>	<b>Quantidade</b>
CAPS II (adultos com transtorno mental)	04
CAPSi (crianças e adolescentes com transtorno mental)	01
CAPSi ad (crianças e adolesc. usuários de subst. psicoativas)	01
CAPSad (adultos usuários de substâncias psicoativas)	01
Residências Terapêuticas - SRT II (egressos de longas internações psiquiátricas, sem laços sociais)	03
Pronto-Socorro Psiquiátrico (emergência em psiquiatria)	01
Ambulatório de Psiquiatria	01
Hospitais Psiquiátricos <sup>10</sup>	05
SRT II em processo de abertura	03

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Divisão de Saúde Mental (Setembro / 2007).

<sup>10</sup> Destes, 01 está em processo de descadastramento da rede do SUS, por opção da instituição. Segundo a divisão de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde, o hospital possui 160 leitos cadastrados, mas não está aceitando internação.

O total de leitos psiquiátricos na rede de Goiânia é 717(setecentos e dezessete), dos quais 569 (quinhentos e sessenta e nove) são cadastrados no SUS, há ainda mais 15 (quinze) leitos cadastrados na modalidade de hospital geral, mas que atendem psiquiatria. Segundo informações da Divisão de Saúde Mental, esses 15 leitos não funcionam em hospital geral, pois estão instalados em clínica psiquiátrica. Como a legislação não permite mais novos cadastros de leitos psiquiátricos que não sejam em hospital geral, esses 15 leitos foram cadastrados como pertencentes a hospital geral. No entanto, a instituição possui características de hospital psiquiátrico e não possui as exigências de um hospital geral, o que dificulta a avaliação do serviço pelo PNASH/psiquiatria (Plano Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares / Psiquiatria)<sup>11</sup>.

Há, ainda, na rede de Goiânia, mais trinta leitos móveis na unidade municipal de emergência psiquiátrica (PSPWC), os quais se constituem como leitos, para atendimento de emergência, e se configuram como destinados a internações de curto período (máximo de 72 horas). A rede conta também com profissionais de saúde mental (psiquiatras, psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais etc.) em algumas unidades de saúde.

Em 2001 o número de leitos hospitalares cadastrados no SUS era 1.036 (um mil e trinta e seis), apontando, então para uma redução de 467 (quatrocentos e sessenta e sete) leitos em três anos, até 2004, com a criação neste mesmo período de 03 serviços substitutivos (CAPS), o que é considerado um avanço. Porém, até o momento, nenhum CAPS III (destinado a atendimento 24 horas) foi criado em Goiânia, como forma de oferecer melhor suporte às crises e evitar internações psiquiátricas; e, a partir de 2004, mais nenhum leito foi reduzido.

---

<sup>11</sup> Programa que avalia os hospitais psiquiátricos e vincula o valor das diárias repassadas pelo SUS à qualidade dos serviços prestados (BRASIL, 2004b).

Vale ressaltar a importância do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (que reforça a atuação do PNASH/Psiquiatria), regulamentado pelas Portarias 52/2004 (que cria o programa, com a finalidade de estabelecer critérios técnicos e planificação racional dos investimentos para a redução de leitos hospitalares); e 53/2004 (que dispõe uma nova classificação para a qualidade da atenção prestada pelo hospital, com uma vinculação e recomposição das diárias hospitalares, de acordo com o número de leitos e classificação no PNASH), o que beneficiou unidades menores e com melhor qualidade da atenção prestada (RABELO, 2003). O Programa contribuiu também para a redução de leitos e fechamento, em Goiânia, de clínica que não atendia aos requisitos mínimos de oferta de serviços.

A rede de saúde mental de Goiânia contém serviços que vão desde o atendimento ambulatorial clássico (ambulatório de psiquiatria e unidades básicas de saúde) a serviços hospitalares, passando os intermediários (CAPS e Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT)<sup>12</sup>. Como o foco desse trabalho é a equipe de CAPS, uma apresentação mais detalhada desses serviços em Goiânia se faz condição premente.

A regulamentação dos CAPS, presente na legislação (Portaria GM 336 / 2002), contempla o atendimento a pacientes com transtornos mentais em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo ou não intensivo, funcionando em espaço físico independente de qualquer estrutura hospitalar. Os CAPS II adultos de Goiânia são regionalizados, com uma definição de área de

---

<sup>12</sup> Serviços ambulatoriais são caracterizados por ofertas de consultas médicas (mensal, bimensal ou trimestral) e dispensação de medicação, sem intervenções sistemáticas. Serviços hospitalares são relativos às internações em clínicas psiquiátricas, e os serviços CAPS e residenciais terapêuticos caracterizam-se por cuidados mais sistemáticos, chegando, inclusive, ao nível de cuidados diários, de acordo com a necessidade do usuário, ou mesmo 24 horas, como é o caso dos serviços residenciais terapêuticos.

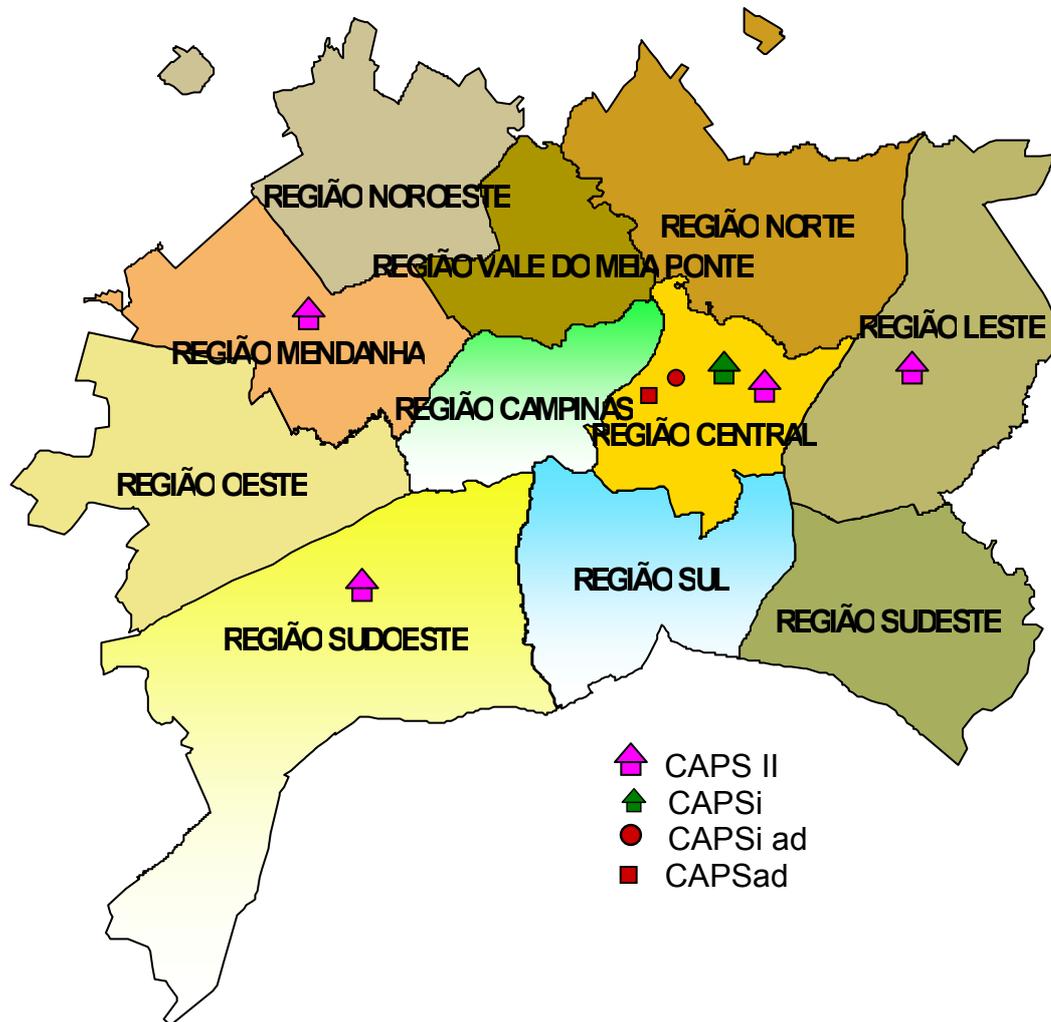
abrangência que busque dar cobertura às regiões desprovidas desse serviço. Os CAPSi e CAPSad possuem abrangência municipal, dada a inexistência de outro serviço semelhante no município. O município de Goiânia se divide em onze regiões, porém são nove os distritos sanitários: Distrito Central, Distrito Sul/Sudeste, Distrito Sudoeste, Distrito Campinas, Distrito Meia-Ponte/Mendanha, Distrito Norte, Distrito Noroeste, Distrito Leste e Distrito Oeste. No entanto, são quatro os CAPS II regionalizados, cujas ações abrangem mais de um distrito sanitário. O quadro e o mapa que se seguem delineiam este cenário.

Quadro 2 - Os CAPS de Goiânia e Suas Regiões de Abrangência Territorial

<b>Unidades de saúde mental CAPS</b>	<b>Áreas de abrangência</b>
CAPS II (Novo Mundo)	Distritos Leste e Norte
CAPS II (Esperança)	Distritos Oeste, Meia-ponte/ Mendanha e Noroeste
CAPS II (Beija Flor)	Distritos Sudoeste e Campinas
CAPS II (Vida)	Distritos Central e Sul/Sudeste
CAPSad II (Casa)	Todos os Distritos Sanitários
CAPSi ad II (Girassol)	Todos os Distritos Sanitários
CAPSi II(Água Viva)	Todos os Distritos Sanitários

Fonte: Divisão de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde / 2007

Figura 1 – Regiões de Goiânia e localização dos CAPS II:



Todos os CAPS de Goiânia contam hoje com profissionais de diversificadas formações (psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, musicoterapeutas, arteterapeutas etc.). Atendem demanda espontânea ou referenciada, com funcionamento das 07:00 h às 19:00 h, os acolhimentos a novos usuários são feitos semanalmente ou diariamente, conforme a organização do serviço, por uma equipe multidisciplinar.

Dentre a demanda referenciada, está aquela de pacientes recém-egressos de internação, encaminhada por alguns hospitais psiquiátricos, cuja rede tem sido

construída gradativamente na relação com os CAPS, de acordo com disponibilidades específicas a determinadas instituições hospitalares. Alguns hospitais fazem esse encaminhamento, não em função da compreensão da transformação do modelo, da inclusão dos CAPS na atenção à saúde mental e da noção de direitos e cidadania da pessoa com sofrimento psíquico; mas sim devido ao processo de construção da rede e de articulação pautado mais no conhecimento e disponibilidade individuais de quem está no serviço, do que encaminhamentos realizados por compreensão, da instituição hospitalar, do papel dos CAPS.

Os CAPS de Goiânia têm como proposta manter porta aberta no acolhimento de toda a demanda, constituindo um fluxo de atendimento que perpassa ações que vão desde o acolhimento; discussão de casos; consulta médica; grupos psicoterápicos e terapêuticos; oficinas; visitas domiciliares e institucionais; atendimento às famílias; até a construção de projetos de ampliação do espaço social do sujeito que sofre.

As equipes fazem reuniões semanais, para discussões técnicas e administrativas; e estudos de casos. Essa é uma prática que vem sendo assegurada em quase todos os serviços desse modelo, no país inteiro, afirmação que se confirma nos encontros de CAPS e Fóruns de Saúde Mental que vêm sendo realizados pelo país. Essa realização de reuniões de equipe é proposta do Ministério da Saúde (MS), pois, segundo publicação do MS, “as teorias e modelos prontos de atendimento vão se tornando insuficientes frente às demandas das relações diárias com o sofrimento e a singularidade desse tipo de atenção” (BRASIL, 2004a, p.17). Portanto, contempla-se nos serviços de modelo CAPS, em todo o Brasil, sob orientação da política nacional, a realização de reuniões de equipe e de assembléias com os usuários, para organizar os serviços.

Com o exposto, pode-se afirmar que o trabalho desenvolvido nos CAPS de Goiânia busca abarcar as diretrizes do MS para a atenção à saúde mental, procura organizar-se pelos moldes que define a lei, tanto nos fluxos de atendimento dentro da unidade, quanto nos registros e cadastramentos de procedimentos realizados. São espaços que se instituem em uma rede de serviços que abarca desde a atenção ambulatorial até a hospitalar, que não contempla serviços substitutivos para atenção às crises (CAPS III), em cujas diretrizes deveriam atuar com vistas a não institucionalizar o adoecimento psíquico, mas encontram-se atrelados a uma prática e rede de serviços ainda deficitária, no que se refere à lógica da atenção de desinstitucionalização.

## **2.2 – O CAPS PARTICIPANTE DA PESQUISA**

A portaria ministerial GM 336 (fevereiro de 2002) redireciona o modelo de assistência na saúde mental, redimensionando as portarias 189/91 e 224/92, e regulamenta os serviços no modelo CAPS como serviços ambulatoriais de atenção diária, destinados a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, que atendem a uma determinada área territorial.

Como já foi exposto acima, Goiânia, nesse processo de redirecionamento da assistência, possui 04 CAPS II que atende a população adulta de regiões pré-delimitadas. No CAPS, cujo estudo foi desenvolvido, a delimitação de sua abrangência territorial abarca dois distritos sanitários da cidade de Goiânia, os quais são vizinhos, mas, em decorrência de sua extensão territorial, a população assistida

pertence a uma ampla região, na qual bairros muito distantes tornam-se área de abrangência da unidade.

A portaria GM 336 define que compete aos CAPS responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede em seu território de abrangência. A população da região territorial de abrangência do CAPS participante desta pesquisa é de aproximadamente 312.159 mil habitantes. Atende, prioritariamente, pessoas com transtornos mentais de moderado a grave, cuja maioria de usuários já foi submetida a tratamento com internações psiquiátricas e é diagnosticada como portadora de transtorno psicótico.

A demanda dessa população é, em grande parte, referenciada pelas unidades de saúde da região ou por outras unidades de saúde mental da rede (Pronto-Socorro Psiquiátrico Wassily Chuc, outros CAPS e Hospitais Psiquiátricos). Desta população usuária dos serviços da unidade, cujo total é, no momento da presente pesquisa, de 185 pessoas cadastradas, a maioria é atendida em regime semi-intensivo, o qual é definido pela portaria GM 336 como “tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas que não precisam estar diariamente nos CAPS” (BRASIL, 2004b, p. 135). Os números de pessoas atendidas em regime intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, bem como a freqüência diária dos usuários, estão representados no quadro abaixo.

Quadro 3 - Número de pacientes atendidos no CAPS

<b>Usuários</b>	<b>Intensivo</b>	<b>Semi-intensivo</b>	<b>Não intensivo</b>
cadastrados	65	100	20
Freqüência máxima / dia	25	32	02
Freqüência mínima / dia	07	07	01

Fonte: Relatório da unidade mês Agosto /2007

Com base nesses dados apresentados, é importante ressaltar que os dias de menor frequência de usuários no CAPS são os dias de reuniões de equipe, as quais ocorrem em um período (matutino), no qual a unidade fica fechada para atendimento externo.

A unidade foi inaugurada em Outubro de 2001, na gestão do prefeito Pedro Wilson Guimarães (PT), cuja gestão implementou três dos quatro CAPS II adultos existentes hoje no município de Goiânia, ressaltando que a atual gestão municipal, do prefeito Íris Rezende Machado (PMDB), não implementou, até o momento, nenhum novo serviço de saúde mental. Na história de inauguração da unidade consta uma ampla mobilização social, estando presentes movimento de associação de bairros, câmara de vereadores e pessoas ligadas a partidos políticos distintos do da administração. É a unidade de modalidade CAPS II mais recente de Goiânia, ou seja, foi a última unidade a ser inaugurada no município.

À época de sua inauguração (2001), a equipe de trabalhadores era composta por profissionais, cujas formações eram: assistente social, educador físico, enfermeira, psicóloga, técnica de enfermagem, psiquiatra e terapeuta ocupacional. Foi inaugurada com um número de profissionais restrito, compondo apenas o exigido pelo MS para o cadastramento da unidade na modalidade CAPS.

Hoje, quase sete anos depois de sua inauguração, a equipe de trabalhadores é composta por uma diversificação de formação acadêmica e de experiência profissional. Muitos são ex-trabalhadores de outros serviços de saúde mental ou CAPS de Goiânia e outros são novos profissionais na área, concursados para o trabalho na saúde ou na cultura; e empossados no serviço CAPS. Conforme é apresentado no quadro abaixo:

Quadro 4 - Demonstrativo de profissionais

<b>Profissionais</b>	<b>Experiência em Saúde Mental (+ 5 anos)</b>	<b>Experiência em saúde mental (- de 5 anos)</b>	<b>No CAPS há mais de 3 anos</b>	<b>Quantitativo de Profissionais</b>
Arteterapeuta	00	01	00	01
Ass. Social	02	01	02	03
Auxiliar Adm.	00	03	00	03
Artes Cênicas	00	01	00	01
Ed. Física	01	01	01	02
Enfermeira	00	02	00	02
Médico	02	00	01	02
Musicoterapeuta	01	00	01	01
Psicólogo	07	00	03	07
Tec. Enferm.	01	02	00	03
T. Ocup.	01	01	01	02
Limpeza e coz.	00	04	03	04
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>16</b>	<b>12</b>	<b>31</b>

Fonte: informações obtidas por relatório e dos próprios profissionais, em 2007.

O quadro de profissionais não é estável, apesar de a maioria ser composta por servidor efetivo do município ou do Estado, o quantitativo tem uma variação decorrente de remoções e/ou de contratações por meio de concurso público. A coordenação do CAPS é indicada pela Secretaria Municipal de Saúde e tem um colegiado gestor composto por diretora geral, supervisora técnica e

supervisora administrativa<sup>13</sup>. Essa é a mesma realidade de todos os outros serviços de saúde existentes no município de Goiânia. A assistência ao usuário é direcionada sob orientação da supervisão técnica, e se organiza conforme a especificidade da unidade.

As reuniões de equipe semanais são destinadas ao planejamento, à organização dos serviços e a estudos de casos. Como há uma exigência de que todos os profissionais participem dessas reuniões, nos dias de reunião de equipe a unidade fica fechada para o atendimento ao usuário, no período matutino, disponibilizando somente, neste horário, atendimento em situações de emergência.

O quadro de atividades desenvolvidas pela unidade também possui alterações constantes. Há atividades que deixam de ser realizadas em determinados momentos e há outras que são incluídas, à época desta pesquisa havia grupos que tinham sido criados recentemente e outros que haviam sido extintos, devido à variação do quadro de trabalhadores (férias, licença médica etc.).

A rigor, existem atividades de Grupos Abertos, as quais são caracterizadas pela unidade como podendo ser freqüentadas por qualquer usuário do serviço, desde que a proposta do grupo esteja de acordo com a necessidade elencada em seu projeto terapêutico; Grupos Abertos à Comunidade, que são mais amplos e buscam a inserção da comunidade nas atividades dentro do CAPS; Grupos de Família, que são específicos aos familiares dos usuários; e Grupos Fechados, os quais têm como princípio a delimitação do quantitativo e de quem são as pessoas participantes. Nessa linha de grupos fechados estão os psicoterápicos (realizados exclusivamente por profissionais psicólogos) e alguns grupos terapêuticos.

---

<sup>13</sup> Esta é a configuração atual, no entanto, no período de 2001 a 2004, o colegiado gestor das unidades dos CAPS foi nomeado tendo por base consultas ampliadas (com representantes da comunidade em geral, com os trabalhadores e usuários dos serviços).

Existe também a realização de oficinas, que têm como fundamento a atividade laborativa e a aprendizagem de habilidades técnicas para o trabalho, as quais passam por discussão atualmente, quanto à possibilidade, ou não, de constituírem-se oficinas de geração de renda e participarem, portanto, do Projeto Nacional de incentivo à construção de uma associação de familiares e usuários dos serviços de saúde mental. Tal projeto tem como linha de frente a Divisão de Saúde Mental, da Secretaria Municipal de Saúde.

O número de atividades desenvolvidas em grupos, durante o mês, dentro da unidade é de aproximadamente 130 grupos, com um quantitativo de usuários variando de cinco a dezessete em cada atividade realizada na modalidade grupal. Além dessas atividades de grupo, há os atendimentos individuais (terapêuticos e psicoterapêuticos), orientações, atendimento à família, atividades de convivência (festas e passeios), visitas domiciliares e institucionais, reuniões na comunidade e com as equipes de saúde da família e acompanhamento e supervisão de um serviço residencial terapêutico, específico para a população feminina, no qual estão incluídas oito mulheres egressas de longas internações em clínicas psiquiátricas<sup>14</sup>.

A organização da unidade privilegia atividades em grupo, mas não descarta o atendimento individualizado aos usuários e/ou às famílias. Existe a figura do profissional de referência de cada usuário (técnico de referência), o qual se responsabiliza pelo acompanhamento mais sistemático e pelo desenvolvimento do projeto terapêutico do usuário. Esse profissional, na maioria das vezes, faz atendimentos individualizados às famílias ou aos usuários referenciados por ele. Tal

---

<sup>14</sup> Os serviços residenciais terapêuticos são regulamentados pela portaria ministerial GM 106/2000, que cria serviços residenciais terapêuticos no SUS, para portadores de transtorno mental, egressos de longas internações psiquiátricas, que não possuem suporte social ou laços familiares. São definidos como sendo moradias inseridas na comunidade que têm a função de promover a reinserção social da sua clientela (BRASIL, 2004b).

organização encontra-se disposta nas diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a).

As atividades desenvolvidas na unidade são, em sua maioria, realizadas em grupos, os atendimentos individuais, excluindo o atendimento do técnico de referência, são alguns poucos de psicoterapia individual (três casos), os atendimentos clínicos psiquiátricos, as buscas ativas, os atendimentos ao serviço residencial terapêutico vinculado à unidade e as visitas domiciliares. A seguir, apresenta-se um quadro ilustrativo do fluxograma mensal do CAPS:

Quadro 5 – Números de procedimentos realizados em Agosto/2007 no CAPS

<b>Atendimentos Realizados</b>	<b>N.º de Procedimentos</b>	<b>N.º de Atendimentos</b>
Acolhimento (casos novos)	14	14
Encaminhamentos	10	10
Estudos de caso	188	188
Consulta Psiquiátrica	129	129
Orientações	62	62
Psicoterapia individual	07	07
Visitas domiciliares	09	09
Visitas institucionais	02	02
Atendimentos em grupos	132	1061
<b>TOTAL</b>	<b>553</b>	<b>1526</b>

Fonte: Dados fornecidos pelo relatório do mês de Agosto/2007 da unidade.

É importante destacar que esses dados estão organizados conforme a própria unidade os condensa, por meio de número de procedimentos e atividades

desenvolvidas pelos profissionais do CAPS, indicando a quantidade de procedimentos realizados pela unidade e o quantitativo de pessoas atendidas. Essa forma de organização dos dados está em conformidade com as exigências da Secretaria Municipal de Saúde, a fim de auxiliar no planejamento das ações e na alocação de recursos junto ao governo federal, haja vista ser este o principal agente financiador do serviço, dada a política vigente.

Ao avaliar esse quadro, é de grande importância remeter à forma como os CAPS são financiados em todo o Brasil, a qual orienta e incentiva este tipo de condensação de dados, ou seja, ações contabilizadas por procedimentos realizados com os usuários cadastrados e inseridos no serviço. Tal financiamento, regulamentado pela portaria GM 336/02, é feito por meio de APACs (Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade / Custo).

Segundo Freire e colaboradores (2005) as APACs constituem-se ações estratégicas de financiamento ao serviço, e estabelecem como principal órgão financiador do CAPS o gestor federal. Neste modo de financiamento o gestor municipal aloca recursos extra-teto “em conta específica do município exclusivamente para o custeio do CAPS” (FREIRE et al, 2005, p. 129). A verba alocada pelo município, para os serviços CAPS, é sempre relativa à fatura apresentada dos serviços prestados ao SUS, dos procedimentos realizados, por meio de atendimentos intensivo, semi-intensivo ou não intensivo, cujos pagamentos compõem diárias a cada usuário cadastrado no serviço.

Tal modelo de financiamento, apesar do avanço em contemplar recurso extra-teto para os municípios, possibilita uma gama de questionamentos à forma de organização do serviço, haja vista a determinação e orientações do próprio MS da necessidade de este modelo de atenção expandir os muros do CAPS, de realizar o

trabalho no território, de responsabilização e de construção de redes sociais (BRASIL, 2004a). Ações que não estão contempladas na “diária psicossocial”<sup>15</sup> paga pelas APACs. Pois as APACs apenas financiam o serviço realizado pela unidade àquele usuário cadastrado, descartando o financiamento para as reuniões na comunidade, para as ações de construção de rede, para o trabalho preventivo.

Essa forma de alocação de recursos é definida por Freire *et al* (2005) como de incentivo financeiro à manutenção e à implantação de novos serviços, permite a coleta de dados estatísticos, bem como a manutenção de um banco de dados, mas, ao mesmo tempo, pode enquadrar as ações do CAPS e limitar as práticas deste serviço que se propõe desenvolver um modo particular de atenção que valorize a subjetividade humana. Os autores argumentam, ainda, que o financiamento feito pelo serviço já realizado, por procedimento, acaba vinculando a remuneração à doença, a um diagnóstico, com os CAPS sendo financiados pela mesma lógica da produtividade e da venda dos serviços assistenciais típica do modelo privado (FREIRE *et al*, 2005).

Freire e colaboradores (2005) assim argumentam quanto à forma de alocação dos recursos para os CAPS:

(...)percebemos que o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS, sob a forma de produção de diária psicossocial, não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços de atenção psicossocial, entendidos como serviços substitutivos de base territorial. (FREIRE *et al*, 2005, p. 136).

---

<sup>15</sup> Termo referido por Freire *et al* (2005) e atribuído a Rosemary Corrêa, em comunicação oral, do LAPS/ENSP/FIOCRUZ. Utilizado neste trabalho como ilustração para auxiliar a compreensão do financiamento feito por meio de APACs, em comparação às diárias hospitalares (AIH), as quais abarcam uma lista de procedimentos que compõem a diária hospitalar do usuário internado. Comparando-se, as APACs seriam diárias que contemplam uma lista de procedimentos de atenção psicossocial ao usuário inserido no serviço.

Para estes autores, é necessário pensar em novas formas de financiamento para os CAPS, financiamentos que desvinculem a modalidade de atenção do modelo focado na doença e que possibilite o desenvolvimento da gama de ações que o serviço se propõe a fazer, mas que ainda encontra-se focado na venda de serviços, na produtividade. Uma forma sugerida por Freire e colaboradores (2005) é a alocação de recursos, extra-teto, por cobertura populacional, já que a portaria GM 336/02 atribui ao CAPS a responsabilidade pela demanda da população de seu território.

Com base no exposto, pode-se argumentar que o CAPS faz seus relatórios, descreve e sistematiza os dados de seus atendimentos de forma ainda restrita, focada mais nos procedimentos internos e nos serviços produzidos do que nas ações mais complexas, amplas e direcionadas ao território de sua responsabilidade. Assim, as ações contempladas no quadro acima podem ser analisadas como em conformidade com um padrão de relatório que pode omitir, restringir ou distorcer a realidade da complexidade da ação desenvolvida pela unidade de modalidade CAPS.

A busca pela compreensão do funcionamento da unidade permitiu perceber a velocidade com que os dados se modificam: alterações de regime de atendimento dos usuários (em função da alteração do seu quadro de saúde); mudanças nos projetos terapêuticos (devidas à necessidade dos usuários ou à influência das especialidades profissionais na oferta das atividades); e alteração no quadro demonstrativo de trabalhadores (devida a remoções ou ao recebimento de novos funcionários). Durante a pesquisa, inclusive, alguns trabalhadores participaram do processo inicial, mas não do grupo focal; enquanto outros participaram do processo final (grupo focal), mas não estiveram presentes na fase

inicial da pesquisa. Os profissionais que mais tiveram rotatividade na unidade foram os médicos, no período da pesquisa empírica (de Outubro/2006 a Maio/2007), apenas um profissional desta área ficou estável no serviço.

Percebe-se, pelo exposto, que o CAPS ora apresentado é um espaço que se constitui pela constante transformação de ações e de pessoas que trabalham no serviço, seus moldes não estão definidos e se formam com base nos modelos e práticas institucionais de determinados profissionais e/ou determinadas profissões. É um espaço que reflete o que já foi abordado anteriormente: um lugar de construção contínua, de fazer e refazer constantes, onde cabe aos trabalhadores, aos gestores e aos usuários apropriar-se deste processo.

Porém, ressalta-se que, como serviços substitutivos, os CAPS tornam-se alvos de reflexões quanto à ordem posta pelo modelo político, pelas diretrizes institucionais da gestão dos serviços, pelas concepções ideológicas da prática em psiquiatria e pelas contradições postas no cenário da execução. Pode-se avaliar que os CAPS, concebidos no âmbito jurídico como reguladores da rede e agentes transformadores de um modelo de atenção à saúde mental, são o ponto de reflexão e luta contra uma lógica pré-estabelecida, pois encontram-se institucionalizados como serviços que atendem a uma Política Nacional, mas que se propõem a desenvolver ações que priorizem a desinstitucionalização do sofrimento psíquico.

Assim, ao mesmo tempo em que se instituem como um serviço dentro da rede de saúde, que tem de atender à demanda da população, que tem de obedecer a uma lógica institucional de funcionamento, que tem de se adequar às normas do serviço e de registro de produções/atividades internas na unidade; os CAPS têm de contribuir com aquele que sofre na redução de seu sofrimento, são espaços que pretendem se afirmar como substitutivos da psiquiatria tradicional, como

compositores ou tecedores de uma rede que extrapole o âmbito da instituição e que se configure pela ação territorializada, pela ação que impulse a desinstitucionalização do adoecimento e que amplie os espaços sociais do sujeito.

Está posto, assim, mais um elemento de contradição que o modelo da Reforma revela, pois, na medida em que o aspecto jurídico da Reforma avança, que proporciona a inclusão do serviço CAPS na execução e financiamento da saúde, este se torna uma instituição e corre o risco de transformar-se em espaço rígido e pouco possibilitador da desinstitucionalização do adoecimento psíquico.

Os CAPS tornam-se, portanto, possibilidades de constituírem-se espaços de construção de uma prática que se quer democrática e cidadã, ao mesmo tempo em que efetiva e competente; que se quer não institucionalizada ou institucionalizante, ao mesmo tempo em que se encontra instituído em uma rede de serviços; que se quer substitutiva e promotora do processo de desinstitucionalização do sofrimento psíquico, mas que pode arriscar-se a uma construção que se alicerça em práticas alternativas ou apenas desospitalizantes. Tornam-se espaços instituídos em uma rede de serviços, ainda precária, destituída das condições necessárias à construção do processo de Reforma da atenção à saúde mental. O próximo capítulo apresenta os significados construídos nessa relação de feitura de uma prática ainda em processo de edificação, erigida nesta contradição e que se encontra em contínua transformação.

---

**O SIGNIFICADO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA PARA OS TRABALHADORES DE CAPS DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA: OS PERCURSOS PARA A TRANSFORMAÇÃO DO MODELO DA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO USUÁRIA DO CAPS**

*“São vozes do abstrato, a elas eles estão atentos. Seus olhos passeiam no barco do mundo, são peregrinos das insolúveis sentenças”.*  
(Francisco Perna Filho)

A apreensão dos significados se deu a partir das falas dos profissionais do CAPS, que revelaram uma diversidade e, ao mesmo tempo, uma singularidade, próprias de um espaço de construção contínua de práticas e de modos de conceber e de lidar com o sofrimento humano.

Este capítulo constitui a apreensão global de todo o processo de pesquisa. As categorias apresentadas como elementos de análise definem-se por componentes que elucidam, de certa maneira, a forma como está se processando a Reforma Psiquiátrica, no município de Goiânia, e o modo como os trabalhadores se encontram inseridos neste processo. Os significados apreendidos transformam-se em posicionamentos e em formas de relação e interação que contribuem para o caminhar ou para os impasses das transformações do modelo de atenção à saúde mental que a Reforma almeja. Esses significados constituem-se um modo de agir/interagir, de elaborar e exercer uma atividade que reflete a idéia e as concepções teóricas que perpassam as ações.

Coloca-se em destaque que a análise das falas está embasada nas considerações já feitas anteriormente sobre o processo de significação da linguagem, à maneira como é abordado por Vigotski (2001) e, ainda, nas considerações e percursos metodológicos apresentados por Souza (1994, 2001) e argumentados pela autora como sendo necessário, no processo de análise, entender que as palavras são sempre dinâmicas e que os significados são múltiplos e sócio-historicamente construídos.

A diversidade de profissionais que participaram da pesquisa contempla: Médicas, Enfermeiras, Psicólogas, Educadores Físicos, Musicoterapeuta, Arteterapeuta, profissional de Artes Cênicas, Terapeutas Ocupacionais, Assistentes Sociais e Técnicas de Enfermagem; os gerentes locais (coordenadores do serviço) também participaram desta pesquisa, que se desenvolveu com uma média de participação de 15 a 20 trabalhadores por reunião. As falas dos profissionais foram localizadas por sujeitos, cujos nomes são os que se seguem: Elisa, Selma, Marta, Elza, Ana, Paula, Natividade, Saulo, Eva, Heloisa, Ariadne, Carla, Luiza, Antônio, Elias, Aurora, Leontina, Regina, Adriana, Renata e Carina<sup>16</sup>.

Os núcleos de significação apreendidos neste estudo, já delineados anteriormente, são: O Território e a Rede: um Campo de Batalha; Trabalhadores *versus* Gestores: o Nado Contra a Maré; O Lugar de Não-Sujeito do Usuário; Entre o saber e o Fazer o Vazio de Inovações; e Palco de Disputas: Quem Sabe Mais? Tais núcleos estão apresentados em dois capítulos. Este capítulo é dedicado à apreensão dos significados da Reforma no que se refere à transformação do modelo

---

<sup>16</sup> Os nomes apresentados, para exemplificar os significados apreendidos, bem como os nomes referidos por algum profissional, são fictícios, respeitando as normas éticas estabelecidas para pesquisas, visando assegurar o anonimato dos trabalhadores e dos usuários. De base, destaca-se quem foram os participantes desta pesquisa no processo como um todo: foram profissionais de áreas diversas, às quais não serão relacionados os nomes fictícios, pois seria possível detectar os sujeitos, haja vista que em determinadas profissões há apenas um representante por categoria.

de atenção à saúde mental, cujos núcleos são: O Território e a Rede: Um Campo de Batalha; Trabalhadores *versus* Gestores: O Nado Contra a Maré; e O Lugar de Não-Sujeito do Usuário.

### 3.1 - O TERRITÓRIO E A REDE: UM CAMPO DE BATALHA

*“Os pescadores tinham ficado em terra a consertar as redes, pelos braços trepavam farrapos de algas, trocavam frases velozes, acentuadas de marés vivas, pareciam tranqüilos, sabiam os nomes de todos os peixes, mas não os viam, estavam muito atentos às aves marinhas”*  
(Licinia Quitério)

A rede no âmbito da saúde mental, na compreensão da equipe, não existe<sup>17</sup>. Para os trabalhadores do CAPS, a rede de serviços de saúde e as redes sociais são tão deficitárias que se tornam quase inexistentes. O que fica expresso, pelo posicionamento da equipe, é uma desarticulação do CAPS com outros serviços de saúde ou com outras instâncias ou dispositivos que poderiam compor uma rede social, que teria a função primordial de auxiliar no processo de participação da pessoa na vida comunitária. A fala que se segue é um exemplo da desarticulação e, até mesmo, do descrédito dos profissionais na possibilidade de contar com uma rede articulada:

“Ariadne - Então, assim, gente, só para fechar aqui, nós colocamos também para o [promotor público], ele se propôs a fazer uma visita com o pessoal da saúde mental em todas as unidades, **não sei se isso vai resolver**

---

<sup>17</sup> Rede aqui está sendo compreendida pelos moldes da diretriz do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a) para a atuação dos CAPS. O Ministério da Saúde propõe a construção de uma rede de atenção às pessoas com sofrimento psíquico que se constitua de recursos que extrapolem a organização de serviços de saúde, e contemplem uma articulação de recursos afetivos, sociais, econômicos, culturais etc. Desta forma uma rede de atenção que se efetive por essa diretriz deve se organizar como um conjunto de dispositivos integrados e que possibilitem o atendimento integral, de forma a abranger toda a complexidade da demanda.

**muito**, mas ele se propôs a fazer isso. E aí a gente colocou para ele que, dentro de tudo aquilo que ele tinha falado, a questão que é estrutural, a gente concorda com um monte de coisa e que se ele tiver... apesar de a gente não concordar com a questão que ele estava falando: que não funciona, que aquilo e tudo mais, que todo dia ele recebe lá vários familiares, vários processos, porque não tem internação, porque não tem remédio. Eu falei, pois é, se você nos ajudar o seu trabalho vai diminuir muito, a gente quer que você não trabalhe mesmo, se você não estiver trabalhando a coisa está funcionando. E outra coisa, é o seguinte, se você não concorda é a sua opinião pessoal, agora, nós estamos dispostos a fazer discussão com você do que é política de saúde mental, então foi essa a nossa fala para o [promotor público].”

Diálogos, como o apresentado acima, ocorrem com toda a rede, pois, na compreensão dos trabalhadores do CAPS a necessidade de fazer discussão sobre a política de saúde mental é evidente em todos os espaços que não sejam espaços dos CAPS. E há, ainda, o descrédito de que essas discussões possam transformar a realidade, como na fala destacada acima: “não sei se vai resolver muito”. Desta forma, a construção da rede torna-se para a equipe de trabalhadores um alvo distante e com poucas possibilidades de efetivação.

Há uma preocupação manifesta na equipe de trabalhadores de CAPS, até mesmo, com relação aos serviços de saúde mental que atualmente compõem a rede de atenção, pois, para eles, os próprios serviços existentes no âmbito da saúde mental, em Goiânia, não evidenciam que as atuações estejam adequadas ou condizentes com a política nacional, que tem por base a lei 10.216/2001, a qual é considerada a lei da Reforma Psiquiátrica. No processo de interação com os outros serviços de saúde ou outras instâncias da Secretaria de Saúde os trabalhadores do CAPS constantemente, referem a si próprios, como sinônimo de “saúde mental”, como expresso nas falas que se seguem, e aos outros como participando de um campo de não pertencimento à esfera da saúde mental:

“Elisa - (...) Nada disso está sendo discutido com a saúde mental, nós não estamos participando disso.”  
“Ariadne - (...) Nós da saúde mental não estamos sabendo disso”.

De modo que fica evidente a cisão e desarticulação dos serviços CAPS com os outros serviços de saúde, pois por um lado há a ‘saúde mental’ (no modelo da Reforma Psiquiátrica, mais especificamente, os CAPS) e por outro há ‘eles’ (Universidades, Ministério Público, Gestão Central da Secretaria Municipal de Saúde, Hospitais Psiquiátricos, ambulatório), os não afinados com o modo de atendimento que os CAPS realizam. O que transparece é que há, para os trabalhadores, uma separação entre o que é considerado serviço de saúde mental, sendo este apenas os serviços de CAPS, e o que são serviços de outras áreas, os quais abarcam todo o restante de dispositivos na área da saúde.

Assim, há um descrédito e uma desconfiança com relação aos outros dispositivos ou serviços de saúde que compõem a rede de atenção, mas que não se inserem no modelo CAPS. Um exemplo é a fala que se segue:

“Paula - É falta de aceitação também, de muitos profissionais que trabalham na rede, dentro da rede, no departamento de saúde mental, de aceitar a Reforma. Porque o problema é esse, não falam a mesma língua, tem muitos profissionais que não aceitam a Reforma. Então, pra eles, os CAPS não têm fundamento algum”.

Além de falas como a expressa acima, no que se refere à própria instituição a que o CAPS se insere (Secretaria Municipal de Saúde), há, ainda, na equipe a preocupação com o posicionamento de instituições que se constituem declaradamente opostas aos serviços dos CAPS, como é o caso dos hospitais psiquiátricos, os quais tornam-se alvos de desconfiança e transformam as atitudes

dos profissionais em constante vigilância a qualquer articulação com pessoas ligadas ou próximas a essas instâncias. A exemplo, o diálogo que se segue:

“Selma - (...) eu acho que... antes era assim, eles não estavam nem aí para a gente, evitavam a gente. Agora, as pessoas... parece, estão começando a querer...

Elza - Não seja ingênua, Selma.

Selma - Não estou querendo ser ingênua, não!

Elisa - Eu acho que tem segundas intenções aí.

(...)

Selma - Mas, assim, o que eu estou dizendo é no sentido... Não é de... Pelo menos assim, de estar respeitando mais.

Marta - Eu não sei se é respeito não, sabe Selma? Eu acho que passa um pouco sabe pelo quê? Eles entenderam que não tem jeito, que é uma política federal, que está instituída e que... Eu acho que eles pensam assim, se você não pode vencê-los, una-se a eles. E é até para poder te dominar, entendeu? Eu não acho que é admiração, que acham que o trabalho é bom. Eu acho que é mesmo pra falar assim, ó, vamos trazê-los para perto, porque aí a gente domina”.

Esse diálogo se refere à postura de representantes ou dirigentes de hospitais psiquiátricos e mostra claramente a compreensão e o posicionamento dos trabalhadores com relação a esses serviços que se inserem em uma rede de saúde que se contrapõe ao modelo da Reforma Psiquiátrica e, ainda, a clara condição dos trabalhadores do CAPS de considerarem-se agentes primordiais de resistência ao modo como a atenção à saúde mental atualmente está constituída. Esse posicionamento de constante vigilância e imposição de resistência acaba por compor, no âmbito dos CAPS, uma postura ambivalente dos trabalhadores, nas trocas e nas articulações, com todos os outros dispositivos de saúde que poderiam vir a fazer parte de uma rede de atenção mais ampla, que se prime pelo viés psicossocial e pela valorização da vida comunitária.

A partir daí, pode-se refletir sobre as diretrizes da política da Reforma, como uma política de Estado, apesar de sua origem no movimento social, e associa-

la à realidade do serviço, aos impasses e aos significados construídos pela equipe no que se refere à rede de serviços de saúde mental e à rede social. Os CAPS, segundo o Ministério da Saúde, devem assumir “um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados” (p.12), devem atuar com vistas à “articulação e tecimento dessas redes” (BRASIL, 2004a, p.12). Como regulador da rede, os CAPS são serviços que devem possibilitar a construção desta, porém os profissionais participantes da pesquisa, apesar de se reconhecerem como responsáveis por esta ação, pois argumentam sobre esse papel que lhes cabe, ainda não conseguiram se constituir como agentes construtores e organizadores de uma rede articulada, que se afirme como possibilitadora de promoção da vida comunitária e da cidadania dos usuários.

Os próprios trabalhadores reconhecem essa deficiência de suas atuações, mas não conseguem fazer reflexões ampliadas e que se valham do modelo da Reforma que percebe a desinstitucionalização como possibilidade de ampliação da participação social do sujeito com sofrimento psíquico, como rompimento com modelos rígidos e regras estabelecidas institucionalmente. Os trabalhadores colocam-se apenas na capacidade de refletir a sua condição real e concreta de executar uma prática possibilitadora de reabilitação social do sujeito que sofre. A fala que se segue retrata bem este aspecto:

“Marta – Eu acho que algo que a gente ainda faz pouco, mas que... que é levar o usuário para fora do CAPS, para interagir, enfim interagir com a comunidade. Esse é o principal resgate da cidadania, e a gente, infelizmente, até por conta da falta de transporte, falta de recurso, a gente acaba fazendo muito pouco”.

Essa fala é o reflexo do foco prioritário da ação dos trabalhadores, a qual tem sido pautada na formação de habilidades e na construção de novos aparatos técnico-assistenciais para a organização do serviço. Em conformidade com uma atuação ainda muito voltada para o serviço institucionalizado, pouco inovadora com relação à perspectiva social do processo de desinstitucionalização. Com foco no serviço, os profissionais reforçam o seu estado de desânimo diante das condições estruturais para a sua atuação e atribuem à falta de transporte e de recurso material, de empenho por parte do órgão gestor do serviço, a impossibilidade de expandir a ação para além do espaço interno do CAPS.

Segundo o Ministério da Saúde (2004a) o âmbito de atuação dos CAPS deve expandir os limites do próprio muro e considerar a dimensão do território, a qual se estabelece para além do espaço físico ou institucional, se constituindo “fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários” (p.11). Essa visão de território, como espaço que expande para além do geográfico e que abarca as relações sociais e os laços que se constroem por meio das trocas, coloca o CAPS no papel de mediador e articulador de todas as instâncias e dispositivos sociais de que os usuários necessitam ou utilizam no seu espaço territorial.

No entanto, esse não tem sido ainda o papel desenvolvido pelo CAPS, no que se refere ao tecimento de uma rede de atenção à saúde mental, pois o que se observa é o empenho dos trabalhadores em constituírem-se resistentes aos serviços, por ora estabelecidos, e em agir em defesa da valorização e reconhecimento pelo próprio serviço, de modo que o foco fica restrito aos serviços de saúde como meio de assegurar a transformação do modelo. Como no exemplo que se segue, que faz referência ao trabalho desenvolvido no ambulatório de

psiquiatria, como um serviço desarticulado das concepções desmedicalizantes da Reforma Psiquiátrica e como agindo em contraposição aos serviços do CAPS:

Selma - Pois é, como é que nós vamos fazer? A gente vai encaminhá-los para o ambulatório e cair naquilo que nós discutimos na outra equipe? Nós vamos reforçar a questão da medicalização? Porque... lembra que a gente falou? Não vamos encaminhar essas moças lá pro ambulatório, porque elas só vêm e pegam remédio, e tal, a gente estaria então reforçando essa dependência...

Tal fala representa a descrença nas possibilidades de construção de serviços, diferentes do modelo CAPS, que se configurem pelas diretrizes da desmedicalização, de responsabilização e de vínculo, características da política da Reforma Psiquiátrica; e representa, ainda, a falta de motivação da equipe para auxiliar nesse processo de troca de informações e de articulação da rede de saúde mental. Pois, foi uma fala que se pautou na necessidade de criação de grupos de desmedicalização, dentro do CAPS, para atender principalmente àquela população com transtornos mais leves, mas dependente de benzodiazepínicos, o que poderia ser desenvolvido no âmbito do serviço ambulatorial.

Assim, a dimensão da realidade dos serviços de saúde, que não sejam de modalidade CAPS, é percebida pelos trabalhadores como embrenhada de concepções que colocam as ações dos outros serviços ou dispositivos na esfera de pertencimento ao modelo tradicional da psiquiatria, que prioriza os aspectos biológicos do tratamento e que, portanto, não valoriza o modelo que a Reforma Psiquiátrica defende.

Tal posicionamento exige um enfrentamento constante dos trabalhadores, no âmbito dos serviços de saúde, cuja atitude retira o foco de construção de uma rede mais ampliada, que se forme para além dos serviços e se estabeleça como

uma rede social efetiva que permita a construção de laços e possibilite inserir o sofrimento psíquico em um *lócus* mais amplo que os serviços de saúde, que abarque a amplitude de laços sociais e permita criar meios de transformar a cultura.

A equipe de trabalhadores ressalta constantemente a precariedade da rede de atenção, mas o foco prioritário é sempre mais direcionado aos serviços de saúde, os quais são percebidos como desarticulados e desinformados da política de saúde mental e do papel dos CAPS na atenção às pessoas acometidas por algum tipo de sofrimento psíquico; e menos focados em uma rede social mais ampla, como fica expresso na fala que se segue:

“Paula - O Wassily [Pronto-Socorro Psiquiátrico] está tendo muita gente assim, ó, brigou em casa com marido, vai para o Wassily. E o Wassily manda pra cá (...), o que está sobrecarregando nossa agenda são esses encaminhamentos errados (...).”

Para os trabalhadores, os espaços de saúde mental estabelecidos no município de Goiânia, contribuem para a não construção de uma rede de serviços que seja eficaz e que aja conforme os princípios de atuação do modelo de atenção psicossocial. Para eles, os outros serviços e mesmo outras instituições de saúde ou dispositivos não propiciam a atuação dos CAPS para além da organização do próprio serviço interno na unidade, não favorecem o cumprimento de seu papel de formador e regulador de uma rede que abranja a atenção à saúde mental de forma mais ampla, integral e intersetorial, transformando o cuidado em uma ação que extrapole o âmbito da assistência local e que se constitua promotora de saúde, de participação social e de cidadania para os usuários do serviço, como estabelece a política nacional.

É possível apreender esses significados que os trabalhadores de CAPS atribuem aos espaços de saúde mental constituídos fora dos muros da unidade por

vários exemplos de falas, como no diálogo que se segue, a respeito da possibilidade de haver supervisão para os trabalhadores de CAPS:

“Elza - Vocês sabem o que eles chamam de supervisão, né?

Elisa - Nós é que vamos ensinar.

Elza - Supervisão é contratar os professores da Federal para...

Elisa - Então, é por isso que eu falo que nós é que vamos ensinar...”

Por esses relatos pode-se perceber o descrédito dos profissionais quanto às atuações de outras instâncias que estão compondo a rede de atenção à saúde mental; tanto da proposta de supervisão aos CAPS (realizada no âmbito da própria instituição que rege o serviço), quanto da atuação dos profissionais que, provavelmente, seriam contratados para a realização do trabalho (os professores universitários).

As dúvidas e descrenças manifestas pelos trabalhadores do CAPS quanto à distância que ainda há entre os serviços existentes e a rede a ser construída para atender a pessoa com sofrimento psíquico perpassam todos os serviços e, inclusive, a conduta de alguns outros profissionais. Para eles, muitos profissionais atuam com base em uma perspectiva não coerente com o modelo da Reforma Psiquiátrica, o qual considera como prioridade na atenção à saúde mental a necessidade de empreender esforços para a desmedicalização e desospitalização do sofrimento psíquico.

Há nesse processo de desânimo, falas expressas que demonstram claramente quão longos serão os percursos que os CAPS ainda necessitam percorrer, para contar com uma rede, de serviços de saúde efetiva. O diálogo a seguir é um exemplo da grande divergência de condutas entre um serviço e outro:

“Marta - Ele estava tomando isso e não estava dando...?”

Elza - Não, ele não está tomando.

Marta - Ah bom, ele não está tomando. Mas também, mandam dar medicação de 3 em 3 horas, quem é que vai dar?”

Tal diálogo ocorreu em um estudo de caso de um usuário que saiu recentemente de uma internação, com prescrição de medicação, a ser administrada pelo cuidador (família) em sua residência. Para os profissionais, tal atitude reflete a falta de empenho e de disponibilidade, dos outros trabalhadores de atenção à saúde mental, em auxiliar até mesmo somente no processo de desospitalização do sofrimento psíquico. Atuações como estas são vistas pela equipe como atitudes propositais que não referendam os serviços substitutivos e, conseqüentemente, incentivam novas internações. Com essa compreensão, os trabalhadores do CAPS assumem uma atitude de aversão às tomadas de decisão dos hospitais (bem como de todo o resto da rede de serviços), se posicionando em linha de combate, buscando manter a constante vigília, como forma de imposição de resistência a uma força considerada totalmente externa aos serviços de modalidade CAPS.

Assim, os CAPS tornam-se, para a equipe, os únicos espaços de atenção à saúde mental que se primam pelo respeito, pela cidadania e pela desinstitucionalização do adoecimento psíquico, que se organizam pelos princípios e diretrizes de um projeto que tem como marco a reforma da atenção à saúde mental expressa na transformação do modelo segregador e asilar de tratar o sofrimento em um modelo que considere a subjetividade, o contexto e o sujeito desse sofrimento mais importantes que a doença.

Para Amarante (2003a), seria muito importante que quem trabalha em serviços inovadores, como os propostos na modalidade CAPS, o fizessem com a consciência de que estão “operando rupturas conceituais, ao mesmo tempo que

técnicas, políticas, jurídicas e sociais” (p.42). Essa consciência é manifesta na fala dos trabalhadores de CAPS, pois eles ressaltaram, constantemente, os impasses, as cobranças e disputas que compõem o processo de desmonte de uma prática tradicional e a construção de uma nova prática, alicerçada no compromisso com o respeito, com a liberdade, com a desospitalização e com a desinstitucionalização. Ao mesmo tempo, as falas dos profissionais revelaram as contradições desta modalidade de atenção à saúde mental constituída em um aparato jurídico ainda bastante mesclado de incoerências e possibilidades de meios para burlar a legalidade.

A fala a seguir é um exemplo dos embates e lutas que perpassam a ação dos trabalhadores:

Elisa - E... Uma coisa que incomodou muito nessa reunião foi ele [representante de um gerente] estar participando e não o Antônio [gerente do nível central], né? Porque o Antônio não vai a espaço nenhum, né? E aí eu pedi para ele justificar, porque o Antônio não está aqui? Aí ele disse: é porque ele está com problemas particulares e pediu para eu representá-lo. E, aí, no final da reunião, eu falei para ele, então agora nós vamos cobrar é de você essas questões todas que foram discutidas aqui, e ele falou: não, tem que cobrar é do Antônio, e eu falei não, vamos cobrar de você, porque é você que está participando dos espaços, é você que está nas discussões, como é que eu vou cobrar isso de outra pessoa? Mas eu o achei, assim, bem fraquinho!

Esse modo de compreender a forma que as trocas devem se dar nos espaços fora do CAPS, em que é preciso ir para o embate, em que é preciso cobrar, em que é preciso não desistir de argumentar é o reflexo do modo como a política vem sendo executada e do modo como os conflitos estão emersos e evidentes no palco das ações em saúde e da construção da rede de atenção à saúde mental.

Os diálogos que expressam as trocas estabelecidas pelo CAPS com os outros serviços evidenciam que os trabalhadores de CAPS têm um olhar

diferenciado para as questões que dizem respeito ao tratamento do usuário, ao seu contexto familiar e social, e percebem as condutas que não condizem com o modelo de atenção à saúde mental que a Reforma Psiquiátrica propõe, o qual pretende superar a lógica exclusivamente biológica do tratamento da doença e abranger os aspectos da saúde mental no campo psicossocial, para além dos sintomas.

O que se defende no modelo da Reforma Psiquiátrica é que os cuidados devem se dar “em uma rede de novos serviços: espaços de sociabilidade, de trocas, em que se enfatizam a produção de saúde como produção de subjetividades” (Costa-Rosa et al, 2003). No entanto, o que emergiu como significado para os trabalhadores do CAPS, foram as dificuldades de construção dessa rede, uma rede que se prime pelo resgate da vivência psicossocial do sujeito em sofrimento. Dificuldades estas marcadas por divergências de condutas e posturas profissionais, por disputas de interesses pessoais e institucionais, por desconfianças e, até mesmo, descrédito com relação às possibilidades de trocas e construções coletivas que o modo de atenção psicossocial requer.

Esse descrédito, ou mesmo descrença, reflete a desmotivação dos profissionais para se posicionarem como responsáveis pela construção de uma rede psicossocial, como atores na regulação dessa rede, conforme preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a). Os próprios profissionais que trabalham com a saúde mental ressaltam a dificuldade de ampliar as discussões entre eles e a pouca mobilização para a participação em instâncias extra-muro do CAPS e em foros de discussão. Um exemplo de fala que expressa a pouca participação da equipe é a que se segue:

“Rosângela - (...) eu sou a única que participa do Fórum Goiano, nenhum outro membro do Grupo de Trabalho participa desse movimento do Fórum, esse é um outro

problema, fica parecendo que saúde mental é eu mesma, as pessoas não vão, não conseguem levar usuários..”.

Essa fala foi expressa por uma profissional que não faz parte da equipe do CAPS, mas sim da gerência central (Divisão de Saúde Mental) da Secretaria de Saúde, e denota um modo de interação entre os trabalhadores do CAPS e os outros profissionais de saúde mental ainda muito tenso e de poucas trocas, ressaltando a falta de motivação dos trabalhadores em ampliar a sua participação nas discussões que expandem o campo interno da unidade. É uma fala que marca a dificuldade de estabelecimento de trocas e de abertura de possibilidade de inclusão de novos atores nos trabalhos do CAPS. O que traz a reflexão quanto à diversidade de posicionamentos e de investimentos para a execução de uma política que tem como viés primordial a construção de redes e a ampliação do espaço social do sujeito com sofrimento psíquico.

Talvez seja o descrédito na possibilidade de construção de uma rede de serviços de saúde mental, que se configure pelo modelo da Reforma Psiquiátrica, que faça com que os trabalhadores participem pouco dos espaços de articulação ou, ainda, que tragam para a saúde mental o papel de divisor de ações, de provocador da cisão que transporta a “saúde mental” para o âmbito exclusivo dos CAPS e os outros serviços e outras instituições para um campo de não pertencimento à área da saúde mental, um campo no qual, muitas vezes, é necessário travar lutas e administrar conflitos para que seja reconhecido o modo de atenção realizado pela Reforma, ou que, na compreensão da equipe, apenas o CAPS se propõe a fazer.

Tal posicionamento apresenta-se como deflagrador da dificuldade e ou impossibilidade de articulação da rede, pois a comunicação estabelecida torna-se, na maior parte das vezes, truncada ou cheia de compreensões errôneas. Um

exemplo de que a comunicação não flui de forma tranqüila e de que o posicionamento é sempre de embate e enfrentamento, nos espaços extra-muro do CAPS, é a fala de uma profissional, ao apresentar para a equipe o início de um diálogo feito em uma reunião com a promotoria pública:

“Ariadne - Ele [promotor público] fez uma fala horrorosa, como sempre, né. (...) nós demos uma dura nele lá.”

Desta forma, os espaços de discussão acabam tornando-se vazios e sem possibilidades de construção de uma rede de serviços e de apoio à pessoa com sofrimento psíquico, pois, para a equipe, não há meios de fazer com que o discurso da ‘saúde mental’ ressoe em outras instâncias, trazendo como consequência um movimento constante de avanço e recuo dos trabalhadores, na tentativa de construir uma rede de serviços de saúde. De modo que o CAPS, quando atua com foco na construção da rede ou na necessidade de construção desta, o faz em um movimento unidirecionado apenas aos serviços de saúde, sem condições de vislumbrar a ampliação da rede de atenção para a construção de uma rede social mais extensa e possibilitadora da desinstitucionalização do sofrimento psíquico, pois esta prevê uma rede de serviços de saúde já efetivamente constituída, o que não é a realidade, na compreensão dos trabalhadores de CAPS.

No âmbito dos CAPS, o que sobressai é a impossibilidade dos trabalhadores de tecer uma rede de atenção à saúde mental, cuja configuração se dê para além dos serviços de saúde e se estabeleça pela articulação intersetorial, como é preconizado pela política nacional e orientado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a), haja vista a significação para os trabalhadores de que eles têm de se posicionar, no âmbito da saúde como um todo, em constante vigília. Essa posição de guarda, de linha de frente em combate, necessária na compreensão da equipe,

impede a construção de ações e trocas que possibilitem sair do campo das ofertas de serviços de saúde e abranger o campo dos dispositivos sociais, que permitam acessar a esfera sócio-afetiva do sofrimento psíquico e possibilitar a reinserção social por meio da articulação com outras esferas que compõem a rede psicossocial.

Os trabalhadores, ao se referirem aos outros serviços ou aos outros dispositivos sociais ressaltam, constantemente, a grande necessidade de discussão sobre saúde mental. Ao serem incitados a falar, no grupo focal, sobre essa necessidade tão ressaltada, os profissionais perceberam e se manifestaram, em um processo de reflexão do próprio fazer e afirmaram que há anos a Reforma Psiquiátrica está sendo implementada e, ainda assim, hoje há a necessidade de discussão com todas as outras instâncias, que não os CAPS. A fala a seguir mostra claramente esse momento de auto-reflexão da equipe:

“Elza - Eu acho que aquele momento que nós começamos o movimento da Reforma psiquiátrica como um movimento dos trabalhadores é uma forma que se repete. Quando a gente fala que falta discussão com o conselho, com universidades, com movimentos sociais, quer dizer, falta discussão com todo mundo, a única pessoa que começou a discutir foi com trabalhador. Então, a minha sensação é que o que aconteceu em 78<sup>18</sup> é aquilo que foi... foi se propagando, então, quer dizer vai contaminado entre os trabalhadores que têm uma proposta legal, entram nesse paradigma e começam a trabalhar, mas não contamina o resto. A minha sensação é que a gente fica rodando entre nós mesmos, discutindo a Reforma, tentando avançar, mas com poucas pessoas querendo ouvir”.

Com esse diálogo, pode-se perceber que a mobilização para a formação de uma rede ampliada de apoio aos usuários ainda é incipiente entre os trabalhadores de CAPS, pois é nítida a falta de credibilidade nesse processo, a qual coloca os trabalhadores em constante posição de guarda e defesa de uma idéia,

---

<sup>18</sup> Ano em que foi deflagrada a mobilização dos trabalhadores de saúde mental para denunciar os mal-tratos e a forma desumana como vinham sendo tratadas as pessoas com sofrimento psíquico. Tal movimento se efetivou no Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM).

que, na visão deles, necessita permanentemente de vigília para que ela não se dissipe, no âmbito dos serviços de saúde, ou que não seja desmantelada por forças externas à Reforma Psiquiátrica.

Tal postura mostra claramente o quanto ainda falta para que os CAPS se estabeleçam como reguladores de uma rede de atenção à saúde mental no âmbito da noção de território, como consta nas diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a), e denota as contradições e as nuances que perpassam transformações no âmbito jurídico, político e técnico-assistencial do modelo da Reforma. O que fica manifesto como significados de rede, para os trabalhadores de CAPS, é a necessidade premente de estes se afirmarem como serviço que se propõe a fazer diferente do que todos os outros serviços, até o momento, têm feito; e se afirmarem como espaço de construção de um modo de atenção que seja valorizado e reconhecido como ideal de cuidado.

Com o exposto, pode-se transportar às argumentações de Costa-Rosa e colaboradores (2003) quando afirmam que para fundar políticas e práticas na lógica do modo psicossocial, de desinstitucionalização, as instituições direcionadas à reforma do modelo de atenção à saúde mental necessitam atingir metas éticas que as retirem dos espaços de institucionalização e as coloquem em um lugar de “instâncias externas e totalmente substitutivas de hospital” (p.39), que se configurem como espaço de potencialidades e possibilidades de utilização dos recursos criativos para a resolução de problemas e que se constituam locais que considerem conflitos e contradições realidades impossíveis de serem superadas pela lógica da especialização ou pelo uso do poder, e nem pela lógica da clausura ou do ensimesmamento que a “saúde mental” /CAPS por ora vivencia, que sejam realidades entendidas e tratadas pela lógica do devir, da construção coletiva.

Destarte, pode-se argumentar que as “instâncias externas” destacadas por Costa-Rosa e colaboradores (2003) constituem-se, na concepção dos trabalhadores, apenas os próprios serviços no espaço interno do CAPS, de modo que os espaços externos, mesmo no âmbito da saúde mental, são significados como institucionalizados e díspares às concepções da Reforma Psiquiátrica. Resta retomar Amarante (2003b, p.62) que argumenta o fato de a política nacional ter se reduzido à implantação de CAPS, restringindo as possibilidades e “o amplo repertório de recursos”, como as cooperativas, as associações, os clubes, os centros de convivências; e impelindo a Reforma Psiquiátrica à simples reorganização técnico-administrativa dos serviços.

Pode-se acrescentar a essa argumentação, com relação às transformações políticas, a postura dos próprios trabalhadores neste cenário, cuja atitude, pautada no sentimento de obrigatoriedade de imposição de resistência a uma força estranha e contrária ao modelo da Reforma, acaba por reduzir a ação do CAPS a uma organização e reorganização interna dos serviços e ao controle externo por meio de uma posição de guarda e luta como forma de assegurar a própria sobrevivência, diante de um palco de disputas ainda desigual e carregado de equívocos, compondo um tecido de uma rede que se forma eivada de buracos e que talvez não consiga abarcar o sofrimento psíquico em sua integridade.

### 3.2 - TRABALHADORES VERSUS GESTORES: “O NADO CONTRA A MARÉ”

*“Como vai você, Assim como eu, uma pessoa comum, um filho de Deus, nessa canoa furada, remando contra a maré. Não acredito em nada, até duvido da fé.”*

(Rita Lee e Roberto de Carvalho)

No que se refere ao significado atribuído à gestão, é possível determinar dois focos de discussão por que perpassaram as reuniões entre os trabalhadores de CAPS: um é referente à gestão municipal, da Secretaria de Saúde, e o outro se refere às questões de gerência local (coordenação da unidade de saúde - CAPS) <sup>19</sup>. Nas questões de gerência local ficou evidente que as relações que se estabelecem são, em sua maioria, horizontalizadas, de modo que as decisões são estabelecidas de forma consensual na equipe, e nos momentos em que isso não ocorre há o enfrentamento dos trabalhadores com relação às tomadas de decisão que não passaram por discussões coletivas<sup>20</sup>.

Essa forma de compreender a gestão é coerente com a proposta da Reforma Psiquiátrica, tendo em vista que, dentre as diretrizes teóricas, há a orientação de que sejam construídas relações intra-institucionais de forma horizontalizada, entre os trabalhadores, gestores e entre os usuários. Costa-Rosa e colaboradores (2003) orientam a construção de relações participativas entre usuários, a população e o trabalho interprofissional, como condição para que se

---

<sup>19</sup> Esta dissertação não pretende avaliar os aspectos de gestão municipal ou de gerência local, apenas apresenta significados atribuídos pelos trabalhadores ao modo como a saúde mental está sendo gerida no município de Goiânia, no período atual, cuja gestão municipal refere-se ao período iniciado em 2004.

<sup>20</sup> É importante colocar em destaque que no CAPS, objeto deste estudo, nenhuma das coordenadoras (diretora geral, supervisora técnica e supervisora administrativa) são profissionais médicos, fato que talvez tenha contribuído para a gerência desenvolvida com base em relações mais horizontalizadas.

efetive o modelo ideal da Reforma Psiquiátrica: de auto-gestão e co-gestão, ao contrário do modelo tradicional nas instituições, de heterogestão.

Apesar de esta ser a condição que orienta as trocas entre os profissionais e a gerência da unidade, ou seja, o entendimento de que as ações se desenvolvam de forma horizontalizadas entre trabalhadores e gestores, de modo que os trabalhadores participam ativamente das decisões e agem com abertura para cobrar posicionamentos e posturas dos colegas e dos gestores, esta ainda não é uma forma tranqüila de relação. Como no exemplo que se segue, o qual se refere à necessidade de uma tomada de decisão com relação à atitude de uma outra colega que estava ausente no momento da discussão:

“Saulo - (...) A gente precisa resolver, a gente discutiu, discutiu, falou e eu acho que a gente está em um momento que precisa encaminhar. Só tem o encaminhamento da Adriana?

Elza – A minha sugestão é que as gestoras [coordenadoras da unidade] falassem, eu falei isso antes, as gestoras já resolvessem isso com a Leontina sem precisar vir para a equipe (...)”.

(muitas discussões e várias sugestões)

“Saulo - A pergunta agora é a seguinte: a equipe está em condição de votar isso, ou não?

Adriana - É, acho que não.

Luiza – Tem que votar gente, já discutimos muito.

Elisa – Eu acho que tem que passar essa pauta para a próxima reunião.

Em nenhum momento as discussões que exigiram tomadas de decisão coletivas foram de rápida resolução, houve um grande desgaste de tempo e de relações entre os trabalhadores e entre estes e os gestores. São momentos em que, na maior parte do tempo, há exaltação da voz, várias pessoas falam ao mesmo tempo, e, muitas vezes, os diálogos são entrecortados, ficando centrados em algumas poucas pessoas. Apesar de a análise de processos grupais fugir do

propósito deste trabalho, é importante marcar esses aspectos que refletem a própria forma, instituída e construída sócio-historicamente, de exercícios de participação e de cidadania pouco praticados nas relações de trabalho.

Essa forma de construção de relações com a gerência da unidade, em que a equipe busca se responsabilizar por embates e enfrentamentos, faz com que esta (a equipe) exercite constante cobrança com relação a atitudes de outros colegas trabalhadores que, no entendimento dos profissionais, não estão afinados com o serviço no modelo do CAPS ou não estão dispostos a desenvolver um trabalho a contento. Deste modo, há um desgaste e sofrimento por parte dos trabalhadores, no que se refere ao trabalho em conjunto, ao trabalho em equipe. Um exemplo desse enfrentamento feito pelo trabalhador, nos conflitos entre os colegas, está expresso na seguinte fala:

“Elza - Tem uma falha no serviço [por parte de outro trabalhador] que a gente tem que ir atrás, então, assim, a gente está se virando para segurar a barra. Só que isso está gerando sofrimento nas pessoas. Ou melhor, eu estou sofrendo, eu vou tentando...aí, entra mais um de férias (...).”

O coordenador, presente no momento em que essa fala surgiu, retomou a questão devolvendo para a equipe a responsabilidade das ações, como está expresso no diálogo que se segue:

“Eva – A Isadora foi a equipe, devido ao problema de saúde dela, que liberou [licença prêmio], então, a gente é que tem que repensar melhor, quem que a gente vai estar liberando  
Ariadne - Não, mas, assim, a gente percebe a pessoa também, que ela não...  
Ana - Não está sendo produtiva”.

Esse diálogo denota as condições desta equipe, que pretende se constituir auto-gestora, com uma coordenação local que se afirma pela confirmação de um

modelo de gestão que privilegia a construção de ações horizontalizadas, bem em conformidade com os princípios teóricos da Reforma, e que, portanto, responsabiliza toda a equipe pelas ações e tomadas de decisão. A equipe de trabalhadores, por sua vez, se percebe como responsável nesse processo de co-gestão do CAPS, porém, essa condição de equipe auto-gestora e co-gestora tem sido motivo de desgaste pessoal, como é o caso do exemplo no relato a seguir:

“Elza - Eu, sinceramente, não estou dando conta, venho trabalhar, mas a minha vontade é deitar em casa e ficar chorando, assim, a manhã inteira (...)

Eva - É por isso que está sendo discutido aqui na reunião, né, porque eu acho que está todo mundo assim.... Igual as férias da Ednéia... O André saiu de férias...”

(várias vozes)

“Ariadne - Não estamos falando isso não, gente, é direito! Não estamos pensando nisso não, gente.

Elza - Estamos falando em organizar para não sobrecarregar os que estão ficando, porque eu estou adoecendo...”

Fica evidente que todo o movimento da equipe é de responsabilizar-se pelo serviço, pela co-gestão e auto-gestão, pelas decisões e, ao mesmo tempo, de estabelecer enfrentamentos considerados importantes para a organização dos processos de trabalho. Porém, revela-se, pelas discussões, pelos conteúdos das falas e pelas dificuldades de estabelecer consensos na equipe, a condição que expressa o quanto ainda é novo e contraditório o fazer e gerir serviços que se ancorem em uma perspectiva de democracia e de direitos, de cidadania e de liberdade de expressão em um campo social fundado em perspectivas contrárias ao modelo proposto.

Nesse processo de construção coletiva de uma relação participativa e de co-gestão o que se evidencia é a construção histórica que se estabeleceu na

sociedade surgida com a modernidade, uma sociedade individualista, coletivista, mas não universalista.

Adorno (1995) argumenta que no mundo surgido com a modernidade as relações são regidas por uma racionalidade que dissolve a experiência formativa do homem, de forma que o modo de organização produtiva afeta, além das condições de produção econômica e material, também a experiência da subjetividade, onde surgem as relações de dominação. Para o autor, essas relações de dominação impedem (ou dificultam) o exercício da democracia. Assim, os profissionais do CAPS, inseridos em uma organização institucional, que tem história e tradição marcadas pela dominação - por meio de mecanismos de controle, valorizando a instrumentalização e impossibilitando a reflexão - evidenciam as dificuldades para o exercício de um outro modelo de relação, que supere a dominação autoritária e se constitua democrática.

Os limites para construir ações marcadas pela universalidade, pela participação e pela democracia denotam a contradição posta entre o modelo da Reforma Psiquiátrica e o modo de organização social e institucional que se estabelece nos espaços do CAPS, bem como em quase todas as organizações sociais existentes, as quais se configuram pelo contexto amplamente marcado, na construção histórica, por relações de poder verticalizadas e por relações sociais individualistas e subjetivistas. De modo que o modelo da Reforma torna-se uma meta distante, devido à dificuldade de rompimento com a lógica da organização social majoritária. Assim, o que a equipe vivencia no exercício de suas atividades no CAPS é um movimento contraditório de dominação autoritária *versus* democracia.

Essa contradição permanente traz conflitos interpessoais e sofrimento para a equipe, acarreta dificuldades no diálogo, interfere maciçamente no processo

grupais e atrapalha a organização de novos processos de trabalho, que devam se orientar pelo prisma da participação, do respeito e da cooperação, elementos tão importantes em um modelo de trabalho como o proposto pela Reforma Psiquiátrica.

Sawaia (2001), ao explicar a exclusão social, afirma que esta se estabelece, além de pela discriminação social, também pelo sofrimento ético-político vivenciado pelos sujeitos, que é definido pela autora como significando o aspecto subjetivo da vivência da exclusão, os quais contemplam o sentimento de desvalor, de falta de legitimidade social, de desejo de ser reconhecido. Esse sofrimento é determinante na dominação, pois reduz a autonomia dos sujeitos e os transforma em indivíduos que se tornam impedidos de ação, em função de uma vivência subjetiva de falta de credibilidade social.

Por outro lado a autonomia, segundo Sawaia (2001), não pode ser considerada como o exercício de atividades individualizadas e corporativistas, mas sim uma prática que se assente na participação, na cooperação e na “coletividade organizada”. Essa é a base do sofrimento que vivencia os trabalhadores do CAPS, de modo que as dificuldades de construção de relações que permitam o exercício de responsabilização e da autonomia frente às transformações de processos de trabalho que o modelo da Reforma Psiquiátrica requer são vivenciadas na dialética da inclusão/exclusão, pela qual perpassa o sofrimento, que Sawaia (2001) denomina de ético-político.

Há, na equipe, um movimento contraditório, no qual em alguns momentos se manifesta claramente a postura dos trabalhadores de se considerarem parte efetiva da gerência da unidade, de fazer enfrentamentos e exigências necessárias, e em outros há uma pressão para que os coordenadores se posicionem firmemente como responsáveis pela gestão da unidade e ajam com determinação em algumas

decisões da equipe, de modo que os trabalhadores transferem para a gestão o enfrentamento em determinadas situações. Eles têm claro para si que aos gestores compete a postura de serem firmes e de se posicionarem diante de situações em que o serviço fica comprometido, por outro lado, os trabalhadores exigem dos gestores o cumprimento de todas as decisões tomadas em reunião de equipe.

Em muitos momentos os coordenadores demonstram claramente a dificuldade de fazer alguns enfrentamentos, principalmente com determinadas categorias profissionais, como é o caso da área médica. Um exemplo são os diálogos a seguir:

“Coordenadora - Eu acho que esse é um caso bastante complicado. A melhor forma seria chamar a Leontina [médica] numa reunião e discutir isso com ela em reunião. Porque é muito difícil jogar para o gestor, entendeu? (...) eu só não acho justo, nem correto só os gestores chegarem e colocar os limites pra ela.  
Elza - Vocês autorizaram que ela não viesse na reunião, agora... Enquanto gestora você não fez limite, não?”

Esse posicionamento da coordenação do CAPS é, para os trabalhadores, motivo de desmotivação e sofrimento. Pois a equipe se considera comprometida com o trabalho, mas, em alguns momentos, não se mantém disposta a partir para embates com os colegas que não estejam agindo com o mesmo comprometimento, inclusive com a anuência do coordenador. Com isso, os trabalhadores posicionam-se firmemente perante a gerência para que ela cumpra esse papel, o qual, no entendimento da equipe, é próprio, ou seja, é de obrigação, da coordenação. Esta, por sua vez, não se dispõe a fazer esse embate e utiliza-se de falas em que hora se coloca no papel de mediação, de gestão democrática, como nesse exemplo:

“Coordenadora - A gente traz tudo pra reunião de equipe, tudo é discutido em equipe (...).”

E outras vezes se coloca no papel de ameaçadora, e argumenta a possibilidade de assumir o seu papel, mas compreendendo que assumir o papel de gerente é assumir uma gestão autoritária, como na fala a seguir:

“Coordenadora - (...) porque senão vai acontecer isso mesmo, eu e a [outra coordenadora] vamos falar assim, vamos fazer isso e pronto.”

Desta forma, fica evidente que há desentendimentos e que há ações que se permeiam de contradições, as quais são oriundas do modo de organização institucional e social tradicional e se determinam pela própria impossibilidade sócio-histórica dos trabalhadores e gestores em se habilitarem para a construção de relações de trabalho e de gestão pelo prisma da universalidade, da co-gestão e da auto-gestão, do exercício da democracia e da participação.

A orientação de organização de trabalho que se prime pela auto-gestão, já é um processo marcadamente iniciado nos serviços de modelo CAPS, mas ainda não se constituiu efetivo, traduz sofrimentos, os quais são ressaltados pela própria equipe; desresponsabilização por parte de alguns, a qual é afirmada pelos trabalhadores nas falas em que argumentam a sobrecarga de trabalho; e conflitos entre os profissionais, os quais transformam o ambiente de trabalho, muitas vezes, desmotivador e palco de debates intermináveis.

Com relação à gestão municipal, da Secretaria de Saúde, esta é, na compreensão da equipe, um grande ponto de enfrentamento para que as transformações do modelo de atenção à saúde mental se efetivem. A gestão municipal é considerada pela equipe de trabalhadores como externa à Reforma Psiquiátrica, como não possuindo compreensão do modelo que se quer construir e agindo em direção contrária ao estabelecido pela legislação que orienta a Reforma. Um exemplo disso está nas seguintes falas:

“Ariadne - Falta vontade política.”

“Ariadne - Necessita de um movimento forte nosso.”

“Elisa - Ele entregou a secretaria, falta gerenciamento, tem autoritarismo”.

Esse modo de perceber a gestão do nível central (municipal) coloca os trabalhadores em constante posição de embate com esses gestores, posicionamento que acarreta desgaste emocional, e o estabelecimento de um modo de relação, entre a unidade de saúde e a gestão municipal, conflituoso, no qual todos os que se posicionam contrários ou não familiarizados com os princípios da Reforma tornam-se alvos para os enfrentamentos ou críticas.

Nesta interação unidade *versus* departamento, a gerência local do CAPS, muitas vezes, manifesta seu posicionamento com uma aceitação ao subjugo da gestão municipal, transportando para a equipe os embates e as disputas de posições contra todas as manifestações contrárias, o que gera conflitos entre si, com a gerência local e com as outras instâncias. Neste modo de articulação da gerência local da unidade e da gestão municipal, os trabalhadores algumas vezes atribuem a si a tarefa de, ao invés de acatar o posicionamento, investir em uma ‘sensibilização’ desses gestores e gerentes do serviço, o que ficou evidente em falas, como a que se segue:

“Ariadne - Aproveitamos para fazer um trabalho com o Marcos [gestor].”

“Fazer um trabalho” com o gestor é a forma como os trabalhadores do CAPS conseguiram atuar, com vistas a possibilitar o redirecionamento das ações no âmbito da gestão municipal. Para eles, seu dever, na esfera das articulações políticas e institucionais, é de algumas vezes contraposição e outras de orientação àqueles gestores que dão sinais de atuações fundadas em concepções teóricas e conceituais totalmente divergentes das propostas pela Reforma Psiquiátrica.

O que se apresenta, pela equipe, como significado de gestão municipal na Reforma Psiquiátrica, é que há com a gestão a mesma compreensão e posicionamento dos trabalhadores de CAPS com relação à construção da rede de atenção à saúde mental. Para os profissionais, com relação à gestão municipal, é necessário fazer enfrentamentos contínuos, nos quais a equipe se coloca como ator principal para que os avanços da política de saúde mental se concretizem na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, no município de Goiânia.

Esses enfrentamentos com a gestão, apesar de serem compreendidos pela equipe como necessários e imprescindíveis para que as ações se efetivem de forma coerente, têm sido também um dos pontos de estrangulamento que impede o avanço da Reforma, pois criam dificuldades de comunicação e podem tornar-se estratégia de justificativa, por parte dos gestores, para as tomadas de decisão centralizadoras e autoritárias.

A própria gerência local, que em alguns casos (a maioria) é indicação política, apesar da disponibilidade para ações horizontalizadas, pode transformar-se, neste cenário, em condição de constante luta para a equipe. Pois, muitas vezes, o gerente se posiciona ou se manifesta claramente contrário ao posicionamento dos trabalhadores e age em defesa da gestão municipal. E, desta forma, em alguns momentos, essa postura dos coordenadores locais é divergente dos princípios estabelecidos pela política da Reforma Psiquiátrica, traduzindo, assim, uma falta de compreensão do gerente da unidade de qual é o papel do CAPS, qual é o modelo de atenção que o CAPS atua, ou deve atuar, e qual é o seu lugar na rede de serviços de saúde. Um exemplo da falta de compreensão do coordenador do CAPS, com relação ao modo de atenção da Reforma, está na fala a seguir:

“Coordenadora - Não é um direito nosso ter esses vales-transporte, a gente até achou que a Secretaria [Secretaria

Municipal de Saúde] iria cortar e eles os estão entregando todo mês. (...) Não é... assim, nenhum lugar eles dão vales-transporte para as pessoas fazerem o tratamento, nos Cais e nos Ciams não tem isso”.

Fica, assim, evidente nesta fala que a discussão aqui deveria ser de modelo, pois Cais e Ciams (unidades de atenção básica à saúde), são serviços que se inserem em uma área distrital e que se constituem vários em um espaço territorial determinado, se diferem da estratégia de saúde da família e mais ainda da atenção que o CAPS deve oferecer. Os CAPS são unidades de saúde mental, com uma complexidade maior, e que têm por responsabilidade organizar a rede de sua área de abrangência, de forma a possibilitar o acesso de todas as pessoas com sofrimento psíquico aos serviços de saúde de que necessitam.

Portanto, se o município de Goiânia tem 04 CAPS II, que atendem a população adulta, e se esses CAPS têm de se responsabilizar pela população de uma área mais extensa do a que se insere no seu distrito sanitário, conforme já foi apresentado anteriormente, os vales-transporte seriam sim um ponto de discussão e de busca de responsabilização pelo poder público. Pois há, pelo Ministério da Saúde, a diretriz de que o acesso ao serviço seja facilitado e regulado pelos CAPS e que estes estejam inseridos em uma área territorial “o mais próximo possível do local de moradia da pessoa” (BRASIL, 2004a, p.15). Desta forma, a responsabilização, pelo poder público, de garantia de possibilidades de acesso ao serviço como forma de impedir futuras internações psiquiátricas é, portanto, ponto de pauta nos debates da transformação de modelo, haja vista a grande abrangência territorial que abarca dois distritos sanitários no município de Goiânia.

Os CAPS, para se constituírem um serviço substitutivo da rede hospitalar, devem oferecer atenção intensiva (doze ou mais atendimentos por mês, algumas vezes diário), semi-intensiva (menos de doze, e mais de três, atendimentos por mês)

e não intensiva (até três atendimentos ao mês), como assegura a legislação (BRASIL, 2004b). Assim, é nítida a necessidade de ampliar as discussões para os aspectos sociais do acesso ao serviço, como, por exemplo, as possibilidades de vales-transporte, como meio de garantir a mobilidade do sujeito que necessita de uma atenção mais intensiva neste modelo que se propõe substituir a atenção hospitalar do sofrimento psíquico.

Neste sentido, se o gerente do CAPS não consegue compreender essa condição, de serviço substitutivo da atenção hospitalar - de serviço de atenção psicossocial, que se propõe cuidar sem segregar e ampliar o espaço do sujeito na comunidade - corre o risco de que ele venha gerir uma condição de interação e de posicionamentos políticos que se resumem à aceitação subserviente de todas as deliberações que ocorrem no nível da gestão municipal, o que acarreta em imposição e cobrança aos trabalhadores. Esse é um modo de gestão bastante coerente com a forma como se dá o processo de escolha do gestor, o qual privilegia a orientação político-partidária e não a atuação ou experiência no campo de trabalho.

Essa luta travada pelos trabalhadores está embrenhada de uma confusão nos modos de gestão que se resume a uma necessidade de que seja definido o modelo de atenção à saúde mental que se pretende construir. Há uma confusão que se funda na condição de uma gestão de serviços que se dá pelo papel do poder público de construir um plano de ação de cunho, muitas vezes, exclusivamente político-partidário, individualista ou corporativista, em detrimento da “coletividade organizada” (SAWAIA, 2001) e diversidade expressa no modelo da Reforma Psiquiátrica.

Essa compreensão dos trabalhadores de que a condução política da gestão municipal é contrária ao modelo que a Reforma Psiquiátrica defende está expressa nos seguintes relatos:

“Ariadne - Eles não garantem material para a assistência, a gente não tem estrutura, não tem material, não tem nada.”

“Elisa - Vem tudo de cima pra baixo, nada está sendo discutindo com a gente.”

“Elza - Eles não entendem isso não”.

Pode-se concluir que há uma luta travada pelos trabalhadores, a qual expande para além do enfrentamento - já próprio da Reforma Psiquiátrica - com o movimento anti-reformista de vários profissionais da saúde mental, como é o posicionamento de alguns profissionais da psiquiatria privada.

Essa postura dos trabalhadores perpassa a condição de manter-se em constante posição contrária a um movimento político que se dá no âmbito da gestão municipal, compreendido pela equipe como contraditório aos princípios da Reforma. Esse embate traz como consequência uma dificuldade de comunicação entre as duas instâncias e coloca o CAPS como principal opositor às proposições políticas da gestão municipal. Essas dificuldades de comunicação entre o CAPS e a atual gestão municipal estiveram manifestas no decorrer de todas as discussões. A exemplo, os relatos a seguir:

“Ariadne - Eu vou brigar de verdade” (...)

“Elza - Eles vão dizer que a culpa é nossa”.

Assim, com relação aos aspectos de gestão, há uma postura dos trabalhadores de manutenção de debate constante e de discussões, como forma de garantir o funcionamento do serviço. Os profissionais do CAPS percebem a atual gestão como trilhando caminhos contrários ao da Reforma Psiquiátrica e, portanto, permanecem em constante posição de embate, onde a tudo questionam e a tudo

reivindicam. Esse posicionamento da equipe fica claramente expresso nas falas que se seguem:

“Ariadne - (...) a gente sabe que o dinheiro da implantação das três residências terapêuticas, ele... não sabe pra onde foi, né? Caiu lá e pss... desapareceu, é... aí, então esse dinheiro a gente também questionou.”

“Elisa - (...) a gente pegou muito nesse ponto com ele, né, a gente falou realmente as coisas estão vindo de cima pra baixo, como você mesmo colocou.”

“Ariadne - (...) a gente vai ter que se posicionar com relação a isso.”

Com essas posturas de embate, a equipe de trabalhadores do CAPS, ao considerar a gestão despreparada e em movimento de contraposição à Reforma Psiquiátrica, se mantém em constante empenho para conseguir fazer com que os gestores compreendam ou se sensibilizem pelas propostas da Reforma Psiquiátrica. Porém as atitudes são mais de conflitos e lutas por direitos e garantias legais, do que de sensibilização propriamente dita, de modo que os trabalhadores, como se tivessem armas em punho, se orientam por tentativa contínua de agir em defesa de suas ações e serviços, mas têm como respostas poucas possibilidades de se fazerem ouvidos, ou até mesmo de ouvirem.

Tal posicionamento foi expresso pelos próprios trabalhadores no momento do grupo focal, os quais argumentaram a necessidade de que houvesse uma legislação mais clara e menos passível de equívocos, que pudesse garantir o funcionamento dos CAPS, independente dos aspectos de gestão, ou seja do desejo pessoal ou do foco político partidário do gestor. As falas a seguir mostram bem os significados que os trabalhadores atribuem aos aspectos de gestão da Reforma Psiquiátrica:

“Elza - E eu acho que esse entrave é uma política que vai contra uma cultura, do modelo neoliberal, então, uma cultura de não envolvimento, de afastamento, **é nadar totalmente contra a maré**. Então, eu fico pensando será

que tem que ser pela lei? Porque as relações não modificam.

Elisa - E a gente acaba cansando, a gente vai tanto pro embate, que uma hora a gente fala, não, não vou mais não, vou quietar.

Ariadne - Acaba que a gente se desmotiva e dá uma parada, porque como se diz, a gente está na luta, na luta, e a gente dá uma recuada”.

Esse diálogo retrata o posicionamento de enfrentamento da equipe, mas expressa também um descrédito quanto à efetivação da Reforma Psiquiátrica em uma sociedade que se constituiu historicamente por meio de relações individualistas, por meio de determinações políticas que privilegiam a diminuição do Estado e a construção de relações que se regulam pelo mercado (neoliberal), a qual é contrária à lógica da Reforma Psiquiátrica. A própria Reforma já tem em seu bojo um palco de disputas de poder e mercado que se assenta em um modelo de atenção à saúde que privilegia a atenção hospitalar e medicalizante, um modelo que se configura pela lógica dos custos nos serviços, da venda de produtos, ou seja, o tratamento hospitalar, que é mais oneroso, é, portanto, o mais lucrativo para as instituições privadas.

Com esta forma de interagir com a gestão municipal, os trabalhadores do CAPS acabam construindo em suas ações um modo de compreender a gestão que se torna atrelado às condições pessoais ou político-partidárias da pessoa que está no papel de gestor. Assim, para a equipe, há o gestor que está em conformidade com a lógica dos serviços de saúde vinculados a uma política neoliberal, que privilegia o mercado e o modelo privatista, e há o gestor que atua em conformidade com os princípios do SUS, pela lógica da acessibilidade, da responsabilização pelo poder público e da atenção em saúde que privilegie a necessidade da população. Lógica que está em conformidade com os princípios da Reforma Psiquiátrica que orientam ações que superem o modelo tradicional da

psiquiatria e se constituam efetivamente democráticas, que não sejam ações que se resumam à doença e cura, que não se utilizem do modelo segregador e do desrespeito à pessoa com sofrimento psíquico, como forma de garantir a reabilitação da saúde.

Os hospitais psiquiátricos, que se estabeleceram e se efetivaram por essa lógica de ações em saúde, que desconsidera a subjetividade, constituem-se, para a equipe de trabalhadores, um grande articulador de poder que atua no âmbito da gestão municipal de forma diferenciada, de acordo com o projeto político de quem está no comando. A fala que se segue retrata esse significado dado pela equipe:

“Ariadne - Eu vejo que nessa questão também tem uma coisa que é uma vontade política, não tem vontade política aqui na saúde mental. Se comparar a gestão atual com a gestão passada, não houve implantação de um serviço de saúde mental, não houve melhoria, né, aliás, a coisa está é degradingolando cada dia mais. Então, não existe vontade política, como de se cumprir... um exemplo claro disso é que desde março a gente está tendo, constantemente, reunião no conselho municipal de saúde e agora a gente teve de fazer uma plenária para discutir política de saúde mental para passar resoluções para serem cumpridas, porque eles não cumprem nada, né, então, assim, tem que usar os recursos máximos pra tentar conseguir alguma coisa”.

Essa condição de atuar em contraposição e de se sentir como estando à mercê de projetos políticos individuais traz para os trabalhadores a necessidade de constituírem-se efetivamente debatedores no campo político e força de oposição a determinadas orientações teórico-conceituais. Esse modo de perceber a gestão e de conceber as ações dos gestores coloca os trabalhadores do CAPS no papel de atores políticos que lutam pelo processo de efetivação da Reforma Psiquiátrica e que se posicionam como força e resistência aos projetos políticos contrários à Reforma.

Pode-se trazer como reflexão, neste cenário da Reforma Psiquiátrica em Goiânia, e talvez no Brasil, a mesma reflexão feita por Rotelli (1991), quando este, em entrevista, avaliou a reforma dos serviços de saúde mental na Itália (modelo que orienta a Reforma na Brasil), após a sanção da Lei 180, de 1978, que reverteu o foco da atenção segregadora para um foco social. Rotelli (1991) argumentou que a descentralização é um fato relevante na Itália e que o que se desenvolve no nível do governo central não é exatamente o mesmo que se faz no governo local, assim podem-se existir situações diversas de um lugar para o outro ou de um determinado recorte histórico para outro.

O cenário avaliado por Rotelli (1991) na Itália apresentou a gama de diversidade de ações, apesar da existência da lei, conforme ele argumenta: “assiste-se, pelos motivos expostos acima, uma situação enormemente diversa de um lugar ao outro do país: pela presença ou não de grupos de técnicos que seguiam uma determinada escola de pensamento, e pela presença ou não de políticos locais que possuíam uma vontade de realizar e aplicar os princípios desta lei” (p.82). Talvez este seja o mesmo cenário percebido pelos trabalhadores do CAPS, no qual eles necessitam se afirmar, e reafirmar constantemente, pelo lugar de técnicos que defendem a proposta da Reforma, na contraposição àqueles que estão ‘no rumo da maré’.

Essa luta pela afirmação do seu lugar de técnico no serviço revela um embate ainda muito focado e orientado para a reorganização do serviço, para a incrementação e modernização do aparato técnico-assistencial e para a desospitalização, mas ainda sem perspectiva de vislumbrar uma transformação que possibilite ir além do simples abandono da prática hospitalar e efetivar a

desinstitucionalização do sofrimento psíquico, segundo os pressupostos de Rotelli, Leonardis e Mauri (2001).

O foco no serviço acarreta a perspectiva de não extrapolar a prática centrada na construção de aparatos técnicos e assistenciais, de não ampliar o território social do sujeito que sofre, de não impulsionar reflexões e ações que desinstitucionalizem o sofrimento psíquico e que o coloquem no lugar social que realmente lhe cabe: no lugar de direitos, de participação e de cidadania. Até porque esse lugar não é também um lugar exercido pelos trabalhadores na sua prática institucional, é um lugar ainda a ser alcançado pelos profissionais com esforço contínuo, para não incorrer no risco de “nadar contra a maré a morrer na praia”.

### **3.3 - O LUGAR DE NÃO-SUJEITO DO USUÁRIO**

*“Mesmo quando o corpo pede um pouco mais de alma...”*  
(Lenine)

Ao falar do sujeito do tratamento na atenção à saúde mental - o usuário dos serviços - pelo viés da Reforma Psiquiátrica, o que se tem como diretriz é que a pessoa que sofre é, prioritariamente, o foco da atenção. Não é mais a doença, ou os sintomas, como no modelo tradicional da psiquiatria, mas sim a compreensão desse sofrimento por meio da conceituação “existência-sofrimento”, a qual é definida por Costa-Rosa e colaboradores (2003) como sendo a transformação do imaginário social relacionado à doença mental e à anormalidade, em sujeitos, em cidadãos que desejam e “almejam poder de contratualidade social” (p.33). Para Basaglia (1982) é

falar de pessoas, e não de um saber psiquiátrico pré-determinado, é “colocar a doença entre parênteses”, para colocar no centro a relação, é atribuir contratualidade ao sujeito que sofre.

É nessa linha de orientação do modo como o sujeito com sofrimento psíquico deve ser compreendido, deve ser tratado e respeitado na relação técnico-instituição-sujeito que as falas dos profissionais do CAPS foram analisadas, no sentido de compreender o significado do sujeito do tratamento para a equipe de trabalhadores.

A equipe de trabalhadores do CAPS apresentou significados contraditórios quanto aos sujeitos do tratamento na saúde mental, hora eles são capazes de contratualidade social e hora não. Para eles, são poucos os usuários inseridos no serviço que têm condições do exercício da cidadania, de responsabilização pelo seu tratamento e de compromisso com a gestão da própria vida. Como no exemplo que se segue:

“Elisa – Quarta-feira tem grupo de cidadania. Eu não vejo outro grupo que tenha pessoas que consigam fazer essa discussão. Você estava falando de falar no grupo, a minha opinião é que não adianta. Ninguém tem a condição de compreender, a não ser as pessoas que participam do grupo de cidadania”.

Esta fala foi relativa à discussão a respeito das diretrizes em âmbito federal, para os financiamentos do serviço na atenção à saúde mental, as quais ocorrem em nível de conselhos, locais e municipais, no critério de participação popular, que deve contemplar as participações de trabalhadores, gestores, usuários e familiares. Porém, para os trabalhadores de CAPS, a participação dos usuários não é efetiva, tendo em vista o entendimento de que os usuários são “incapazes” de se manifestarem ou de fazerem tais discussões. Assim, o que se evidencia pela fala supramencionada é que da gama de atividades que o CAPS desenvolve com os

usuários do serviço, apenas um grupo (Grupo de Cidadania, que ocorre uma vez na semana) possui usuários “capazes” de desenvolver a discussão que é relativa à participação popular.

É importante destacar que a participação popular é uma forma de interação que se afirma pela participação dos usuários. Se a pessoa com sofrimento psíquico está impossibilitada de poder de discernimento ou de compreensão, caberia a quem o exercício desta participação e controle? Provavelmente não seria aos trabalhadores, mas sim aos familiares, os quais foram desconsiderados nas discussões a respeito da participação e controle social.

Foi ressaltado pela equipe o quanto é difícil a apropriação dos usuários de sua condição de sujeito que necessita de intervenções técnicas que auxiliam no seu processo de saúde/adoecimento, ou seja, de sua condição de pessoas que se apropriam de seu sofrimento e reconhecem a necessidade de um tratamento. Para a equipe de trabalhadores, muitos usuários não consideram o seu tratamento o mais importante, mas sim os benefícios sociais vinculados a ele, como por exemplo, carteirinha de isenção da taxa de uso do transporte coletivo, concessão do benefício de prestação continuada (BPC) e, muitas vezes, até o almoço servido pela unidade. Esse processo se confirma em determinadas falas, como por exemplo:

“Paula - (...) porque muitas pessoas pegam passe livre e desaparecem ou não voltam mais. (...) eles acham que vêm ao CAPS fazer um favor para a gente e não para eles. Se você não arrumar um sit-passe para mim eu vou parar de vir ao CAPS (...)”.

Essa argumentação é também uma discussão de modelo que ainda não conseguiu expandir o que é considerado ideal de tratamento para o que é a realidade, o que se constitui como construtos teóricos e o que se estabelece como práticas de serviços, pois coloca em discussão o que é direito e o que é dever, o que

é cidadania e quem é a pessoa que a exerce, o que é relação de troca (sujeito/sujeito e sujeito/objeto). Neste sentido, há entre os trabalhadores uma clara dificuldade de lidar com esses aspectos, demonstram incômodo quanto a essa postura dos usuários, argumentam a necessidade de não serem assistencialistas, buscam vincular os benefícios e concessões que os usuários requisitam à sua submissão ao tratamento e apresentam muitas divergências e contradições, a respeito do que se compreende como sendo ação assistencialista e o que se considera exercício de cidadania. São significados conflituosos que se ancoram nos próprios modos contraditórios de participação social dos sujeitos da fala: os trabalhadores.

O entendimento dos trabalhadores do CAPS de que os usuários buscam mais os benefícios do que o tratamento em si passa pela amplitude de ações sociais e políticas no cenário social que se traduzem em trocas e em mercado, típicas da relação que a sociedade capitalista impõe, na qual prevalece a substituição da relação entre sujeitos pela relação de interesses ou pela relação entre indivíduos e objetos. Nessa base em que estão configuradas todas as trocas sociais, se determina um tipo de interação que impossibilita, ou dificulta, a transposição, dentro do CAPS, de uma relação mercantilista para uma relação ancorada em outro foco: uma relação de pessoas, entre sujeitos, cujo foco é a subjetividade e intersubjetividade humana.

A tentativa de vincular as concessões e benefícios à adesão do usuário ao tratamento, traz como núcleo significativo a interação entre os sujeitos, no CAPS, reduzida a relações de trocas, de objetos, cujos moldes contrapõem a proposta que principiou e ordenou a mobilização social que culminou no movimento pela Reforma Psiquiátrica, no qual o modelo de atenção previsto é o de substituição das relações

dos profissionais com o foco prioritário na doença/objeto, pela inclusão de uma relação que se dê entre sujeitos, onde cabe a subjetividade, a diversidade e o resgate do que é humano. A fala que se segue expressa o quanto esse tipo de relação (sujeito/objeto ou sujeito/mercado) ainda é marcante, no âmbito dos CAPS, com os usuários:

“Antônio - Eu acho que isso não é... também não é estranho pra nós, porque certamente aquele que chega à unidade e não conhece o serviço há de se firmar em benefícios concretos, né, assim, a forma de se vincular aqui na unidade é o ganho para todo mundo, o que é concreto pra mim? E é isso mesmo, os benefícios, né, passa por isso também. Para vincular a alguma coisa, acho que é uma forma de a gente estar amarrando, é o ganho, quais são os ganhos, né? E acho que essa coisa de passe-livre é algo concreto que a pessoa tem no primeiro momento na unidade. Acho que a tendência é essa mesmo, é natural”.

Tal fala surgiu no grupo focal, quando os trabalhadores foram estimulados a refletir quanto ao motivo de tentar vincular a adesão do usuário ao tratamento com os benefícios sociais oferecidos. O que marca que a lógica de uma relação de trocas entre as pessoas no CAPS é uma relação coisificada, na qual a fala de que os usuários precisam se vincular a alguma “coisa” reduz a assistência à mera relação entre objetos e não relação entre os sujeitos. Essa naturalização da ordem que compõe uma relação objetificada é condizente com a ordem social e com a estrutura institucional que rege as relações dentro dos CAPS, mas não está em conformidade com os princípios da Reforma, que direcionam a atenção a cuidados diferenciados e singulares, de acordo com a necessidade do usuário.

Coloca-se, mais uma vez, em questão a reflexão quanto à distância que há entre o nível ideal/teórico e legal/jurídico das relações reais e concretas na Reforma Psiquiátrica, pois é evidente que os trabalhadores, como sujeitos histórico-sociais, não conseguiram construir uma condição de relação com os usuários do

CAPS que fosse descolada de sua condição social de interação, a qual é constituída de todas as formas de relação advindas da sociedade moderna: relação de mercado, relação coisificada, individualismo, corporativismo, valorização dos aspectos de coletivização massificada e adaptação, falta de reflexão crítica e muitas outras formas de agir que indicam habilidades relacionais do mundo moderno (ADORNO, 1995; HOBBSBAWM, 1995; HORKHEIMER, 1980).

Desta forma, a proposta da Reforma Psiquiátrica que é de resgate à cidadania pelo viés de uma subjetividade construída por meio de uma socialização e produção cultural divergentes da lógica social estabelecida, exigindo, assim, para a sua efetivação, uma transformação no eixo sócio-cultural, como determina Amarante (2003a), acaba não se concretizando na esfera das relações que se estabelecem no CAPS entre profissionais e usuários. Pois, o que aparece como trocas sociais entre trabalhadores e usuários ainda é, muitas vezes, relações de trocas, que se regem pela conformidade e adaptação social, sem a menor perspectiva de reflexão crítica por parte dos sujeitos do tratamento.

Esse tipo de relação - benefícios *versus* tratamento - traz para os trabalhadores a posição de dúvidas e conflitos, onde hora a assistência tem de ser garantida e hora, essa garantia é sinônimo de ausência de cidadania. Muitas vezes os trabalhadores se posicionam como produtores/reprodutores da busca de adaptação social para o sujeito que sofre, por meio do tratamento, cuja postura que lhes cabe é a de ofertar, ou propiciar, benefícios sociais como pagamento à aceitação do usuário em submeter-se a um tratamento proposto por uma equipe de técnicos. Tal postura pressupõe a inexistência de busca de outras contratualidades, para além da troca de favores com os usuários. Deste modo, a ação se consolida no

autoritarismo, no julgamento e/ou na tutela dos trabalhadores com relação ao usuário do serviço.

Nesse posicionamento conflituoso a respeito de quem é o usuário do serviço para os trabalhadores de CAPS, quais são as suas reais condições de subjetividade e contratualidade na sociedade e quais as possibilidades de ampliação da participação social, observa-se, nas falas dos profissionais, comunicações que se permeiam de contradições, em que algumas vezes o usuário é responsável por si e autônomo em suas decisões; e em outras ele não é mais que alguém que deve acolher todos os procedimentos a ele impostos. Essa contradição pode ser exemplificada nas seguintes falas:

“Selma - Eles vão estar indo para um lugar que eles não entendem. (...) É, não vão nem saber para quê estão lá, e fazendo número. (...) Então, não vão não, né?”

Essa foi uma decisão tomada pela equipe a respeito de uma mobilização que ocorreria fora do CAPS em um movimento mais amplo, que abarcaria as outras unidades de saúde, outros CAPS e outros movimentos sociais, porém essa decisão foi tomada na reunião de trabalhadores de CAPS, onde não havia nenhum usuário presente, foi uma decisão que foi atribuída pelos trabalhadores como sendo cuidado, mas o que fica marcado é uma condição de tutela e guarda, a qual é fruto de um significado de sofrimento psíquico como sendo impossibilitador de tomadas de decisões, de exercício de escolhas e de responsabilização, o qual decorre da própria condição social de que ser capaz de decidir e ser autônomo é ser capaz de construir formas heterônomas de relações sociais, ou seja, é ser capaz de adaptação e adequação social, é ser capaz de agir conforme as normas e regras sociais.

Por outro lado, em determinados momentos, as falas de alguns profissionais se referem à total possibilidade de compreensão e ajustamento criativo

ou de contratualidade social, por parte do usuário, como por exemplo, na fala a seguir:

“Eva - As pessoas (usuários) viravam para mim é diziam, agora como eu vou embora? Teve uma que cheguei a falar para ela, se vira, vai embora, uai!”

Fica evidente, assim, o quanto as práticas no campo da atenção psicossocial ainda se permeiam de uma concepção contraditória e, muitas vezes, autoritária e o quanto ainda há muito caminho a percorrer no campo da construção de práticas que possibilitem a ampliação do espaço social e da participação do sujeito de forma plena e com o auxílio dos profissionais no processo de construção de recursos pessoais e sociais que vislumbrem as possibilidades de novos espaços sociais à pessoa com sofrimento psíquico.

Há, por parte dos trabalhadores, uma compreensão de que a adequação do usuário, ou seja, o comportamento considerado ajustado é aquele que condiz com as expectativas ou posturas do próprio trabalhador. A fala do usuário que é percebida como adequada, algumas vezes, mais parece um discurso enxertado, um discurso ideológico, do que uma fala de compreensão ou de apropriação do usuário pelo conteúdo de sua fala. O exemplo do relato que se segue deixa clara essa valorização que o profissional faz de discursos e falas que mais parecem dos trabalhadores do que o das pessoas que utilizam os serviços do CAPS:

“Ariadne - Mas foi muito bom, porque isso mostra a importância da mobilização, né, e assim, foi tão bonitinho quando chegaram as propostas deles e que eles colocavam assim, **‘nós queremos que a saúde mental seja pactuada no nível federal e estadual’**, eu achei lindo eles falarem isso, nessas palavras”.

A palavra pactuação é própria de quem está na discussão da legislação, dos profissionais técnicos e da gestão em saúde mental, mas não é uma fala do uso cotidiano do usuário dos serviços ou da comunidade em geral, os quais, talvez, nem tenham uma compreensão adequada do que significa pactuar a atenção à saúde mental no nível federal e estadual, pois esse é um discurso específico aos trabalhadores e pesquisadores da área da saúde. Destaca-se, ainda, que essa fala, exaltada pelo trabalhador como adequada e certa, foi feita associada a um comentário anterior, cujo diálogo foi o que se segue:

“Ariadne - Dos que estavam aqui naquela reunião ampliada, dez foram. Foi muito interessante. E, assim, o mais interessante é você ver um usuário que você fala assim ‘nossa, mas fulano é tão desorientado’, o Vagner, né, e o Vagner veio no dia da reunião que ele colocava...  
Elisa - Ele sabia o lugar da igreja... Ele falava umas coisas interessantes mesmo [fala ao mesmo tempo em que a Ariadne].  
Ariadne - Tinha fundamento...  
Elisa - E a participação dele lá, ao lado da Ariadne... [risos]  
Ele ficava lá assim ó, do lado dela, minha amiguinha... [risos]”.

Sendo assim, fica evidente que não está claro, para a equipe, se ela pode realmente acreditar na possibilidade de responsabilização do usuário pelas suas decisões, ou mesmo na capacidade de reconstrução de sua cidadania, a qual é o principal objetivo que as ações desenvolvidas em saúde mental, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, pretendem alcançar. Um exemplo dessa manifestação de descrédito com relação às possibilidades que os usuários podem percorrer está na fala que se segue:

“Renata - Isso na saúde mental é muito complicado, pelo atendimento e, talvez, pela fragilidade do público que a gente trabalha, que é um público que, de uma certa forma, a gente tem que empurrar mesmo, não é um grupo que tem uma autonomia assim”.

Há um desejo expresso de que os usuários do serviço sejam mais resolutivos e mais independentes, mas, por outro lado, há um entendimento, por parte da equipe, de que a capacidade de resolutividade desses usuários está intrinsecamente relacionada ao empenho dos trabalhadores na condução e direcionamento das ações, de modo que os trabalhadores expressam que sem a presença dos profissionais de saúde mental não há como o usuário se apropriar de seu percurso social. Esse aspecto é bem retratado na fala a seguir:

“Paula - (...) a gente precisa divulgar isso nos grupos, tentar convencer os usuários, porque é muito pouco tempo, se nem nós, que estamos aí acompanhando a discussão há um tempão, estamos sabendo direito o que é isso, né, a gente não tem tempo (...) Para eles entenderem primeiro, né, que seja só um pouco, para eles poderem ir nessa feira e não ficar perdidos lá, igual eles ficam de vez em quando.”

Até mesmo pela forma como, às vezes, o profissional se refere ao usuário fica marcada a contradição que ressalta as dúvidas dos trabalhadores quanto às possíveis condições de participação ativa dos usuários na sociedade. Essas dúvidas com relação à construção de cidadania do usuário foram manifestas pelo modo como o profissional fala de determinada ação e do usuário que a desenvolve, ou pelo modo como recebe os comentários de outros profissionais. Como no exemplo de uma participação de um usuário em um espaço de discussão dos projetos de atuação dos serviços de saúde mental nos ambientes extra-CAPS, como, apresentado no relato a seguir, que se refere a uma fala de um profissional que não pertence ao quadro do CAPS, mas que estava presente na reunião:

“Renata - (...) realmente tem um usuário, ele é até do PAILI<sup>21</sup>, ele é uma gracinha, ele não falha, então, a gente manda um convitinho para marcar... [risos] eu estou falando, assim, de uma forma que realmente a gente

---

<sup>21</sup> PAILI – Programa de Assistência ao Louco Infrator, destinado a reinserir as pessoas acometidas de transtorno mental que incidiram em alguma criminalidade e que estão sob as normas judiciais de tratamento.

conseguiu para o usuário ir. Então, a gente já manda o convitinho para a mão dele, vai um convite para equipe e um para ele, como usuário. E isso... para vocês verem, gente, acham que é fácil trabalhar, né? Trabalhar com o usuário, fazer ele ir, não é fácil.”

Tal posicionamento dos profissionais com relação às possibilidades de construção de cidadania da pessoa com sofrimento psíquico remete à discussão de Amarante (2003b) a respeito dos eixos pelos quais a Reforma Psiquiátrica deve perpassar, seguindo o seu processo de transformação no modo de atenção. Dentre os eixos há a dimensão técnico-assistencial, que traz a necessidade de rever o curso das ciências que consolidou a prática da atenção à pessoa com sofrimento psíquico no âmbito exclusivo da psiquiatria. Concepção que leva ao entendimento de que o sofrimento psíquico compreende uma ausência de ‘razão absoluta’, cuja condição coloca o sujeito no lugar de incapaz de exercício de liberdade e cidadania.

Nesse modo de entendimento, o âmbito da dimensão técnico-assistencial, referido por Amarante (2003b), coloca a teoria, que orienta a prática, como concepção de que o sofrimento psíquico, entendido como ausência de uma razão absoluta, signifique impossibilidade de exercer direitos e escolhas, cuja concepção elege um modelo de atenção “calcado na tutela, na custódia e na disciplina” (AMARANTE, 2003b, p.51).

Para Amarante (2003b), a dimensão técnico-assistencial é um dos eixos que necessitam ser modificados para que a Reforma Psiquiátrica se efetive. No entanto, apesar de o modelo de atenção à saúde mental, na atualidade, estar direcionado legalmente e cientificamente para o resgate da cidadania e para a ampliação do espaço social, há ainda nos serviços de modalidade CAPS uma prática que se permeia por um significado de que sofrimento psíquico seja uma

condição de existência que impede a experiência de subjetividade do sujeito, a possibilidade de escolhas, de alteridade e de participação social.

Inclusive, pelos termos utilizados pelos trabalhadores, percebeu-se uma indefinição quanto à forma como se deve denominar, ou chamar, a pessoa que utiliza o serviço de saúde mental. Na maioria das vezes ela é chamada de 'usuário' por toda a equipe. Apenas o profissional médico é que utilizou, em todos os momentos, o termo 'paciente'. Apesar desse diferencial da equipe em, na maioria das vezes, considerar o termo usuário o mais adequado, ainda há certa indefinição quanto à terminologia, a qual fica marcada pelo uso do termo 'paciente' sempre que algum profissional não médico fala do usuário em relação aos procedimentos médicos a ele dedicados. Essa indefinição quanto ao modo como deve se referir ao usuário marca a compreensão histórica das ações em saúde desenvolvidas de forma verticalizadas e direcionadas por quem é o detentor do saber.

Melo e Brant (2005) afirmam que a medicina se instituiu como um poder científico que cala o sujeito do adoecimento para tornar visível e classificável o adoecimento, ou seja, a doença em si. O médico passa, então a ser o sujeito da ação e das determinações que devem reger as relações com o processo de adoecimento. Portanto, nas relações de saúde, o médico torna-se marcadamente o detentor do saber, é o sujeito responsável pelo direcionamento das ações dos usuários, os quais se tornam meros 'pacientes', que devem obedecer, resignadamente, os procedimentos a eles indicados. Esse ainda é o modelo que permeia as relações dentro do CAPS, pois os pacientes são as pessoas que recebem o tratamento, conforme determina quem entende e sabe o que é melhor para ele.

A equipe de profissionais de saúde, talvez pela sua história de inserção nos serviços de saúde, que é recente, apresentou uma forma definida de tratamento destinado à pessoa que utiliza os serviços de saúde: usuário. Porém, essa definição estabelecida de como deve se referir ao usuário do serviço de saúde não indica uma superação do modelo de atenção, estabelecido historicamente na psiquiatria e na saúde geral como um todo como um modelo que desconsidera a existência da pessoa com sofrimento e privilegia a doença e os sintomas como foco da atenção, onde o usuário passivamente recebe o seu tratamento. Pois não há na equipe a compreensão clara de que o usuário é alguém que tem o seu lugar de cidadão, de direitos, e de sujeito no tratamento.

Conforme foi apresentado nos exemplos acima, os usuários ainda encontram-se no papel de alguém que tem que se “adaptar” ou se “adequar” ao que lhe é proposto pelos profissionais de saúde, uma vez que estes acreditam que são eles (os técnicos) os que têm melhor condição de compreender esse sofrimento, no entendimento dos profissionais são eles quem tem o poder das técnicas de tratamento (COELHO, 2002; SOUZA, 2007; MELO e BRANT, 2005).

No momento em que foi desenvolvido o grupo focal com os trabalhadores as reflexões feitas pela equipe só puderam confirmar o que já estava manifesto nos conteúdos das reuniões, porém de forma menos explícita. Ou seja, de maneira mais cuidadosa, os trabalhadores, ao falar da cidadania do usuário, argumentaram que têm tido dificuldades para levar o usuário para os espaços extra-muro do CAPS, para interagir com a comunidade. Diante das discussões que emergiram, com foco na cidadania, há, inclusive, a percepção de que o usuário ainda é tratado como paciente, conforme o exemplo do relato que se segue:

“Elza - (...) eu acho que, em cima do que aconteceu essa semana, de uma ‘paciente’ que agrediu a outra, que eu

comecei a avaliar isso, parece que, por mais que a gente fale que está tentando trabalhar a autonomia a gente ainda o vê como o paciente, e não um usuário, a minha preocupação foi essa, porque a equipe todinha não fez nada! Uma cidadã agrediu outra cidadã, rasgou, e o manejo foi, assim, para abafar, tipo assim, afasta, vamos tentar segurar, né. E na hora que eu vejo, então, pra trabalhar a cidadania, é uma cidadã, então tem os direitos de proteção, a outra agrediu, tem que responder por aquilo, e a gente não fez”.

Não há no exemplo acima a concepção da equipe de que cidadania significa mais do que cumprir deveres, pois a cidadania argumentada como não tendo sido respeitada pelos profissionais foi a de o usuário ter de responder pelos próprios atos. Esse argumento gerou discussão na equipe e não permitiu que houvesse consenso, pois responder pelo ato de agressão ao colega implicaria em denunciar na delegacia a agressão ocorrida no CAPS, implicaria em ser ativa no processo de interação social. Ato que não foi considerado consenso na equipe, onde alguns argumentavam que o desejo de denúncia deveria partir do próprio usuário e outros que os trabalhadores tinham obrigação de convencer o usuário a denunciar.

Esta discussão perpassa as condições históricas do próprio exercício de cidadania tanto dos usuários quanto dos trabalhadores na sociedade por hora posta, de quais são os poderes constitutivos de capacidade de enfrentar uma situação de violência e de quais são as possibilidades de um usuário de CAPS constituir-se cidadão em instâncias que transpassem as mediações dos espaços internos da instituição CAPS e da família para inserirem-se no âmbito social mais amplo.

Percebe-se, assim, o quanto as decisões e as reflexões sobre possíveis intervenções a serem desenvolvidas com os usuários não encontram homogeneidade entre a equipe de trabalhadores de CAPS, marcando a amplitude de discussões e de posicionamentos individualizados e classistas, que existe no

processo de intervenção com os usuários, posicionamentos estes típicos da condição sócio-histórica dos trabalhadores.

Essa dificuldade de estabelecer consensos amplos na equipe de trabalhadores do CAPS é o reflexo da própria dificuldade, imposta pela organização social, de permitir contratualidades sociais que se regem pelo princípio da autonomia e reflexão e não pela heteronomia e adaptação. Assim, considerar a condição de cidadania dos usuários no CAPS ainda não é, para a equipe de trabalhadores, princípio que orienta o seu modo de atuar, pois os profissionais não avaliam como real a possibilidade de construção autônoma da cidadania, por parte do usuário.

Os trabalhadores, notadamente, manifestaram nos conteúdos das reuniões a dificuldade de compreender e respeitar a subjetividade do usuário, de forma a incentivar e proporcionar uma relação entre trabalhador e usuários mais democrática, mais horizontalizada e possibilitadora de resgate de cidadania e ampliação do espaço social, como está definido e contido nos construtos teóricos e legais da Reforma Psiquiátrica. Reflete-se daí o quanto é distante, muitas vezes, a construção teórica e legal da Reforma Psiquiátrica da realidade social das relações, das trocas e das organizações de serviços.

Costa-Rosa e colaboradores (2003) argumentam que a atenção psicossocial deve valorizar, ao contrário do modo asilar, uma relação de interlocução dos profissionais com os usuários do serviço, e deve promover “a recuperação do poder de contratualidade social” até a total “capacidade do sujeito de situar-se de modo ativo frente aos conflitos e contradições que atravessa e pelos quais é atravessado” (p.40). Mas o que se observou no CAPS é um agir, por parte dos trabalhadores, ainda permeado, ou mesmo recheado, de relações que se

efetivam pela tutela, pelo cuidado autoritário e pela construção de uma condição subjetiva que mais se manifesta pela heteronomia social que pela autonomia do sujeito.

Ressaltar a reflexão que Delgado (1991) faz a respeito do lugar do usuário de serviço de saúde mental na relação com os profissionais é importante recurso para compreender qual é o lugar que os trabalhadores do CAPS estão atribuindo à pessoa com sofrimento psíquico no percurso de seu tratamento: “Ao considerar o desviante um ‘pobre coitado’, perco o trem da mudança, porque certamente atuarei de modo paternalista e, portanto, autoritário” (grifo do autor, p.26). Assim, é possível perceber quais são as bases em que se assentam as relações de trocas entre os profissionais e os usuários do CAPS, as quais não estão distantes dessas reflexões, tão bem marcadas por Delgado (1991).

Há, ainda, nessa relação dos trabalhadores com os usuários a compreensão de que o sujeito portador de sofrimento psíquico possui a condição de alguém que pertence a uma classe social menos privilegiada, pois o usuário do CAPS é, em sua maioria, aquele que não tem acesso aos planos privados de saúde. Ao mesmo tempo é esse o sujeito que se privilegia da condição de ser alguém que poderia contrariar a ordem econômica e social dos serviços de saúde, considerando a política da Reforma na saúde pública, a qual não deve se embasar na lógica do mercado, mas sim na dos direitos sociais e humanos.

Porém, conforme o que já foi exposto anteriormente, esse movimento contrário à ordem social estabelecida ainda não se configurou como efetivo nos espaços do CAPS, nem na relação com os usuários, nem na construção de uma rede social e de serviços e nem nos modos de gestão. Neste capítulo ficou marcada a dificuldade de extrapolar as mudanças no espaço interno do CAPS e transformar

a realidade social, considerando o território do sujeito que está em sofrimento psíquico, de modo a inscrevê-lo no espaço social e a restituir-lhe o poder de contratualidades. Foram significados que evidenciaram os limites para a efetivação da Reforma como transformação sociocultural e as contradições que permeiam o eixo político-jurídico e teórico-conceitual desse novo modelo. O próximo capítulo apresenta os significados dado à Reforma nos aspectos que dizem respeito à organização interna dos serviços, aos aspectos da assistência ao usuário e às trocas interprofissionais, no âmbito do CAPS.

---

**O SIGNIFICADO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA PARA OS TRABALHADORES DE  
CAPS DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA: AS TROCAS INTERDISCIPLINARES E AS  
POSSIBILIDADES DE INOVAÇÃO DAS PRÁTICAS.**

Este capítulo se destina a apresentar os núcleos de significações apreendidos das relações que se estabelecem entre os profissionais, no âmbito do CAPS, e das suas atuações de trocas interdisciplinares, que se destinam a superar o modelo de atenção à saúde mental, o qual se configura pela transformação da lógica da valorização e primazia dos aspectos biológicos da doença, para um modelo que se aproprie do sujeito e do uso de práticas que se organizem pelas rupturas de estruturas já formadas e pelas configurações inovadoras de processos de trabalho.

Para melhor visibilidade dos significados apreendidos, este capítulo foi dividido em dois itens, que se constituem os núcleos de significação que se referem às técnicas e práticas de assistência ao usuário e à relação de trocas interprofissionais no espaço do CAPS. Os dois núcleos são apresentados a seguir: 1- Entre o saber e o fazer o vazio de inovações; 2- Palco de disputas: quem sabe mais?

#### 4.1 - ENTRE O SABER E O FAZER – O VAZIO DAS INOVAÇÕES

*“Nós nunca nos realizamos, somos dois abismos, um poço fitando o céu.”*  
(Fernando Pessoa)

Qual é o modelo assistencial que a Reforma Psiquiátrica propõe aos cuidados em saúde mental é uma questão que remete à concepção de qual é o foco da atenção: se o sujeito do sofrimento ou se a doença, se o que vai impulsionar as ações são os valores de humanidade e de respeito à cidadania ou se são os valores de adaptação/tratamento e cura. Nesta perspectiva, pode-se argumentar que o modelo assistencial está sempre fundado na concepção teórico-conceitual do que significa sofrimento psíquico e o que significa tratamento; de quais são os princípios norteadores para a atenção em saúde mental e quem são os sujeitos dessa assistência.

Neste sentido, cabe ressaltar que na perspectiva teórica e política da Reforma Psiquiátrica os princípios norteadores passam pela concepção de que não se deve privilegiar a base biológica do adoecimento mental, em detrimento dos aspectos psicossociais e afetivos do sofrimento. Deve-se trabalhar com a concepção de recuperação da saúde pela inserção na família, no trabalho e na comunidade, pelo direito à informação e pelo tratamento com humanidade. Quanto ao sujeito do tratamento deve-se compreender que é o sujeito, acometido por algum tipo de sofrimento psíquico, considerando o contexto em que está inserido, na noção de território, já explanada anteriormente neste trabalho (BRASIL, 2004a).

É com essa perspectiva que a assistência, no modelo da Reforma, tem se organizado em todo o Brasil, porém não há um padrão de procedimentos que devam

ser seguidos, o que há são diretrizes teóricas e políticas que direcionam e redirecionam o modelo de atenção à saúde da pessoa com sofrimento psíquico. Tais diretrizes estão compostas em obras teóricas e técnicas de intelectuais (AMARANTE, 2003a e 2003b; ROTELLI, 1981 e 2001; NICÁCIO, 2001; COSTA-ROSA, 2000 e 2003, DELGADO, 1991), militantes do Movimento pela Reforma Psiquiátrica e em apostilas elaboradas pelo Ministério da Saúde.

Dentre as argumentações teóricas, há diretrizes que demarcam o processo da organização da assistência como mutável e em constante reorganização, um processo de aprendizagem e construção cotidiana de uma clínica<sup>22</sup> que supere a clínica do modelo estruturado em paradigmas biológicos e que oriente a prática por meio de novas formas de lidar com o adoecimento, pela escuta e pelo respeito, pela criatividade e pela valorização da subjetividade humana (AMARANTE, 2003a).

A Portaria nº. 336/GM, de 2002, apresenta algumas diretrizes para a organização da assistência nos CAPS, considerando as modalidades CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad, como as que se seguem: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação), atendimento em grupo (psicoterapia, grupos operativos, atividades de suporte social), atendimento em oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias com vistas à reinserção familiar e social (BRASIL, 2004a).

Porém, todas essas diretrizes são apenas apontamentos, não existe um protocolo de organização, até porque a orientação é de que os CAPS se organizem

---

<sup>22</sup> Amarante (2003a) utiliza o termo clínica ampliada (expressão atribuída a Jairo Goldberg, 1992; mas que em 2002 Eduardo Pavlovsky a atribuiu a De Brassi) para explicar a metodologia de trabalho no modelo da Reforma Psiquiátrica, como uma atuação que vai além da dimensão clínica, da clínica médica naturalista, e que se constitua uma clínica como “construção de possibilidades, como construção de subjetividades, como possibilidades de ocupar-se de sujeitos com sofrimento”, integrando a ação às estratégias de articulação política e social no espaço territorial.

em seu território, contando com os dispositivos sociais existentes e criando novas formas de lidar com o sofrimento psíquico no espaço comunitário, trazendo à comunidade e ao sujeito do tratamento novas possibilidades de interação.

Rotelli (1991) já afirmava que é necessário uma invenção permanente de novas formas de olhar e atuar nos novos serviços de saúde mental, os quais são marcados por serem completamente diferentes dos serviços sanitários tradicionais, saindo do campo específico da saúde e abarcando todo o espaço do território, como campo psico-afetivo-social.

Desta forma, essas diretrizes acabam acarretando uma diversidade no processo de organização do serviço, a qual reflete a própria diversidade social, profissional e subjetiva das equipes de trabalho. É com este olhar que as falas das pessoas trabalhadoras do CAPS foram analisadas nesta categoria. As falas constituem-se, assim, expressões que refletem a forma como estão sendo organizados os serviços nos espaços do CAPS e o significado do modelo de assistência técnica, aos usuários do serviço, atribuído pelos trabalhadores.

No âmbito do significado da assistência, para os trabalhadores de CAPS, a participação familiar é um ponto de ampla discussão na equipe. Ao falar da participação familiar no serviço, os trabalhadores mostraram que a relação com o familiar, no CAPS, é uma problemática ainda não consensuada entre os profissionais. Quem é a família e qual é o papel desta no tratamento é uma questão que ainda requer um longo percurso na organização do serviço, pois, uma vez que a proposta é porta aberta, exigindo o envolvimento integral do familiar no tratamento, ainda há uma base que é de modelo de atenção à saúde que necessita ser definida. É ressaltada pela equipe a dificuldade de conseguir envolver a participação da

família no tratamento, mas esta não conseguiu definir uma forma de se organizar para que ocorra uma participação efetiva.

No modelo hospitalar da assistência em saúde mental, um modelo segregador e fechado, institucionalizado, a participação familiar é bem definida: são visitas ao usuário internado e orientações quanto ao tratamento (farmacológico, condutas, manejo nas crises). A participação da família em grupos ocorre com a presença de profissionais para orientações, onde o profissional (médico ou não), de forma verticalizada, repassa informações ao familiar a respeito do tratamento do usuário. À família não cabe questionamentos, não há nem mesmo a possibilidade de adentrar nos espaços em que os usuários internados estão vivendo o seu cotidiano, pois as visitas são em horários e locais determinados.

Essa é a prática que caracteriza a história da atenção à saúde mental, a qual sempre esteve voltada para a normalização (em instituições fechadas) e para o que Costa e colaboradores (2005) denominaram de esquadramento, o qual se define pela ação estratégica de formação de espaços que se destinam à classificação e “contenção-ordenação” social, nos quais não cabe aos desprovidos de técnicas qualquer forma de manifestação, apenas o acatamento das orientações.

Nos serviços de modelo CAPS a proposta é ter a família como uma aliada ao tratamento, é construir espaços abertos que permitam a formação de uma rede de apoio ao familiar e ao usuário, auxiliando-os nessa experiência de lidar com o sofrimento. Costa e colaboradores (2005, p.543) assim definem os espaços anti-manicomiais: “Aquilo que sempre fora duro e sólido, o imenso e majestoso hospital psiquiátrico disciplinar, respingará na forma de múltiplas gotículas”. Assim, às famílias será possível a participação, será possível o questionamento e será

possível o envolvimento, ou melhor, será exigida a eleição de estratégias para lidar com o familiar portador de sofrimento psíquico.

No entanto, o que se apreendeu como significado, na equipe de trabalhadores do CAPS, é que há uma indefinição quanto à construção desse espaço que se institui pela liberdade. Os profissionais não conseguiram ainda construir um modo de fazer a articulação dos espaços internos do CAPS com a comunidade e nem mesmo com os familiares. Transformá-los em aliados ao tratamento nesse novo modelo de atenção - que não retira o usuário de seu contexto, que se organiza pela instituição da liberdade e pela relação horizontalizada, onde todos partilham (família, usuários, trabalhadores e comunidade) – é um problema ainda não superado pela equipe de trabalhadores do CAPS.

Fica expresso que, uma vez ampliados os espaços da participação familiar, amplia-se a contradição, pois as famílias não conseguem absorver esta nova forma de participação no tratamento do usuário e nem os profissionais conseguem atuar de forma plena nesse novo modelo de inclusão familiar no tratamento do adoecimento psíquico.

Não está definido entre os profissionais como deve ser a participação da família no serviço CAPS, nem mesmo o formato dos grupos que são direcionados à família possui uma diretriz ou orientação já estabelecida e bem definida, como, por exemplo, na fala que se segue:

“Selma - (...) os problemas da maioria é preocupação com a participação familiar, se a gente conseguisse trabalhar pelo menos com as famílias, pelo menos num grupo de apoio, eu acho que, talvez, não psicoterápico, mas um grupo de apoio terapêutico, psicoterápico, sei lá o quê, psicoeducativo, pelo menos para que eles entendam o processo da doença (...) Eu acho que tinha que ser

sistemático, que tinha que ser quase que obrigatório, pelo menos estar vindo uma vez por mês aos grupos (...).”

Essa fala retrata a dificuldade de se estabelecer critérios, objetivos e métodos para o desenvolvimento de um grupo que seja destinado aos familiares de usuários do serviço. E, ainda, reflete a incompreensão quanto ao modo como o familiar deve se envolver no processo de tratamento da pessoa, pois grupo psicoterápico é um grupo de tratamento do sujeito, assim, propor psicoterapia ao familiar indica propor tratamento; grupo psicoeducativo, ao contrário, é uma diretriz de grupo de apoio que tem como objetivo minimizar a ansiedade por meio de informações e facilitar a comunicação. Há, ainda, na fala acima uma tentativa de organização que se assemelha com um modelo verticalizado e autoritário quando ocorre a sugestão de que a participação do familiar no grupo deva ser obrigatória.

É manifesto pela equipe um pensamento contraditório no se refere ao ideal de participação da família nas atividades do CAPS, não há uma definição quanto ao tipo de participação ideal, se eles devem somente freqüentar os grupos de família, se deve haver regras para a sua permanência na unidade, o que eles (familiares) podem fazer no momento em que estão presentes na unidade, todas essas questões são indefinidas na equipe de trabalhadores. Essa contradição, típica da ampliação da participação familiar nos espaços de tratamento, fica evidente nas falas de alguns profissionais a respeito do comportamento de um familiar quando presente na unidade:

“Luiza - Ela (mãe) fica aqui, e ela fica participando e o José não fica à vontade na presença dela, ela fica dando palpite o tempo inteiro. (...) ela está atrapalhando, entendeu? Ela não está contribuindo. (...) Ué, assim, não tem normas para o familiar? ...Vem, mas é a serviço do usuário. Não é pra ele fazer tratamento!( ...).”

No decorrer da discussão, essa fala foi complementada pela fala de outro profissional que argumentava a importância de que o familiar devesse ter livre trânsito dentro do CAPS, mas, ao mesmo tempo, esse mesmo profissional fez, no decorrer da discussão, a seguinte fala:

“Saulo - Eu acho que precisa colocar os familiares no lugar deles, que é no grupo de família e se for ficar aqui no CAPS é calada”.

Com esses exemplos, fica evidente o quanto ainda é contraditório, para a equipe, o papel do familiar no tratamento do usuário, se deve haver uma participação mais efetiva, se a participação deve ser democrática ou se as regras devem ser estabelecidas e fixadas pelos profissionais. Esse é um posicionamento que deveria estar mais claro para os trabalhadores de CAPS, haja vista que a proposta da Reforma Psiquiátrica é de práticas democráticas, de construção coletiva de modelos de atendimento, de resgate de cidadania da família e do sujeito que sofre. Há, inclusive, a diretriz, pelo MS, de que, dentre os recursos terapêuticos dos CAPS, deve haver a realização de “assembléias ou reuniões de organização do serviço”, as quais são definidas como “instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência. É uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço.” (BRASIL, 2004a, p. 17).

Apesar desta orientação, quanto à participação da família nas atividades do CAPS, o que emerge como significado, nas falas dos profissionais, é a dúvida e a contradição no que se refere ao ideal de participação familiar. As falas denotam a presença, ainda, do posicionamento autoritário do trabalhador, de posturas orientadas pelo modelo de atenção verticalizada, que coloca no profissional de

saúde o poder de orientação e de definição das regras, modelo hegemônico tradicional e reproduzido academicamente.

São falas que evidenciam a contradição posta pela ampliação da participação familiar no tratamento em contraposição às regras e normas institucionais e acadêmicas de intervenções técnicas na lida com o sofrimento psíquico. As próprias famílias, pela sua história de participação social não conseguem se aliar a esse novo modelo, encontram-se ancoradas nesta contradição, em que ora envolvem-se e, inclusive, confundem os espaços de participação; e ora não se responsabilizam, por entenderem que não é o seu papel.

Assim, revela-se nas falas a contradição que se configura pela ampliação da participação familiar no tratamento do usuário. Pois aquilo que no eixo jurídico está posto como ideal de atenção ao sofrimento: a participação familiar e o envolvimento deste no tratamento do sujeito; constitui-se, no plano real, uma contradição que legitima a organização social posta e que se transforma em eixos de tensão na relação profissional e familiar dos usuários.

No que se refere ao significado da família para os profissionais, há ainda o fato de o familiar não ser considerado, por toda a equipe, um usuário do serviço. Para alguns profissionais, compreender a família como usuária está intrinsecamente relacionado ao entendimento de que ela (a pessoa no papel de família) também necessite de tratamento em saúde mental, tratá-la como usuária indicaria tratá-la como uma pessoa portadora de sofrimento psíquico. Atitude que merece reflexão, tendo em vista a discussão já feita anteriormente quanto ao significado do sujeito do tratamento para a equipe, um sujeito que não é percebido pelos trabalhadores como tal, um sujeito que necessita de tutela e de orientação comandada por um poder

externo. Neste sentido, se o familiar for ‘usuário’ – aquele que necessita de tratamento – será também ele esse sujeito a - sujeitoado.

Essa dificuldade de organização do serviço com relação à família está repleta de concepções tradicionais, cristalizadas, que entendem que a direção do tratamento da pessoa com sofrimento psíquico cabe única e exclusivamente aos profissionais de saúde mental, como se a família devesse apenas acatar as decisões estabelecidas, concepção bem próxima do modelo dos grupos de famílias que são desenvolvidos nos hospitais psiquiátricos. Caso a família não haja de modo adequado para a equipe, então, ela ‘está acometida de transtorno’ e necessita ser tratada como usuária. Um exemplo dessa postura é o diálogo que se segue:

“Paula – Eu acho que a mãe do Antônio está precisando de acolhimento [procedimento inicial com novos usuários do CAPS].

Luiza – Eu também acho que precisa. (...) Ela pára aqui, te segura o tempo inteiro, te pára e... Aí, assim, eu vou ali, ela não pá, pá, pá... (...) A mulher é um problema, ela é mais que o Antônio”.

Apesar de diálogos como esse terem ressonância na equipe como um todo, há falas pontuais, principalmente daqueles que estão há mais tempo no serviço, buscando marcar o papel da família, mas são falas isoladas e, na maioria das vezes, mal compreendidas por parte do restante da equipe, ou mesmo ignoradas. Como no exemplo que se segue:

“Selma – Em relação à permanência do familiar na unidade, eu fico imaginando se não seria interessante que o referente discutisse com a família de acordo com a necessidade, de acordo com o projeto terapêutico. (...) Eu achei uma coisa interessante que foi discutida no Congresso em São Paulo, CAPS também, né, que os familiares colocam que o CAPS também é um espaço terapêutico para eles. Eles falam, assim, que é um lugar que tem alguém para ouvir”.

Depois desta fala, houve alguns comentários buscando incluir o familiar, mas ainda sem ressonância nos resto da equipe, pois as falas retornavam para o foco na necessidade de definição de normas que orientassem a participação da família no tratamento do usuário. Falas como as apresentadas acima marcam a apropriação teórico-conceitual do modelo da Reforma pelas pessoas que estão no serviço há mais tempo, no entanto, marcam também a contradição posta pela ampliação da participação familiar, por meio das dificuldades de compreensão e de articulação com o restante da equipe, marcam o processo da difícil trajetória de transformação de uma lógica assentada em uma organização histórico-social que privilegia as relações institucionais calcadas no modelo hierarquizado.

Ainda no âmbito da assistência há, no conteúdo das falas, aspectos que remetem à metodologia de atendimento. Ficou expresso que esta ainda se dá na lógica da organização de serviços pela perspectiva das possibilidades dos trabalhadores, pois as discussões com relação à organização dos grupos ressaltam as dificuldades com relação às competências profissionais ou às disponibilidades pessoais para desenvolver determinadas atividades, em detrimento da necessidade do usuário ou do familiar. Um exemplo disso está na discussão a respeito do próprio funcionamento do grupo de família, que não conseguiu reunir familiares para a participação. A princípio, foi colocado em reunião que os familiares não se envolviam com os grupos de família, que era difícil fazê-los ir ao grupo, porém, no decorrer da discussão sobre o funcionamento desse grupo a seguinte fala foi feita:

“Selma - O grupo que eu fazia com a Ster (profissional) foi meio que se perdendo, porque **ou eu fugia ou ela fugia**, às vezes ninguém podia, e isso fez com que as pessoas se afastassem.”

Percebe-se, pelas falas, que o próprio modo de organizar o grupo está inerentemente voltado para a necessidade do trabalhador, ao dizer que ou um ou outro “fugia” da organização e desenvolvimento do grupo há implícita a condição de um grupo que funciona pela necessidade ou disponibilidade dos trabalhadores em desenvolvê-lo. No entanto, a atribuição, pelos trabalhadores, das causas de não funcionamento deste grupo foi dada à falta de envolvimento dos familiares. Esta estruturação delineia uma organização do funcionamento dos grupos no CAPS ainda precária. Os trabalhadores deixaram claro que há dificuldades com relação à metodologia de trabalho, alguns grupos são indefinidos e há pouca compreensão da equipe de qual é o objetivo ou a metodologia das atividades desenvolvidas pelas categorias profissionais diversas.

Muitas vezes, na tentativa de estabelecer uma metodologia mais estruturada, na organização de determinado grupo, buscaram-se profissionais de área considerada pelos trabalhadores como melhor definida quanto aos processos de trabalho, como é o caso da referência à necessidade de um profissional de psicologia nos grupos de família, porém, não há clareza na justificativa para essa necessidade, como bem se percebe na seguinte fala:

“Selma - Eu queria ver, gente, se não tinha como a gente reorganizar esse grupo de família e, principalmente, para que tenha um psicólogo no grupo, ta? É...eu acho que é super interessante, né, a participação do psicólogo também nesse grupo.”

O profissional de psicologia é solicitado frequentemente, não só para esse grupo, mas para outros, mas não fica claro o motivo da necessidade de sua participação. Essa demanda, que parece surgir em função da dificuldade de constituição de práticas definidas para o trabalho com o grupo de família, denota ser o reflexo da concepção que os trabalhadores do CAPS têm de que o exercício da

psicologia está mais bem definido e é mais estruturado no campo da atividade com grupos, principalmente com a utilização da fala como recurso terapêutico.

Inclusive, no grupo focal, os próprios trabalhadores, ao refletirem sobre as relações de equipe, afirmaram o processo de construção histórica na área da saúde mental em que a medicina e a psicologia transformaram-se em saberes que conseguiram se estabelecer e se tornarem campos de reconhecimento pela sociedade, como no relato que se segue:

“Saulo - Eu acho que existe, existem dentro da área de saúde mental, acho que existem dois nichos de conhecimento que foram, assim, capazes de dar uma resposta muito grande, em termos de ciência mesmo, que é a medicina e a psicologia, né? Então, por exemplo, quando eu vou trabalhar, que eu venho trabalhar aqui no CAPS, na minha leitura, no meu olhar, eu tenho que recorrer às leituras da medicina, da psicologia, né? Alguma coisa relacionada à medicina e à psicologia pra construir o meu dia-a-dia aqui.”

Essa fala mostra o quanto as práticas profissionais que são mais recentes na área da saúde mental ainda se organizam em meio a uma indefinição de metodologia e utilizam os recursos de profissões que aparentam possuir metodologia mais estruturada, reflete a dificuldade de estabelecer método de trabalho dentro do CAPS e colocam as ações em saúde mental, desenvolvidas no âmbito dos CAPS, ainda muito focadas nos recursos psicológicos e médicos para o tratamento.

Pode-se destacar a discussão de Romagnoli (2006) a respeito das desestabilizações das “certezas” de cada disciplina nas relações interprofissionais: “Focados somente na produção de conhecimentos e na transformação da realidade a partir de nossa opção teórica, podemos estar exercendo funções normativas e reguladoras”. As profissões, segundo a autora, na relação de interprofissionalidade, devem apropriar-se da zona de indeterminação do seu campo e de suas incertezas

e exercer uma “intercessão com outros saberes”, redirecionando a relação teoria e prática e possibilitando a criação de novas formas de intervenção. No entanto, o que fica marcado, pelas falas dos profissionais do CAPS, como formas de interações multiprofissionais é a relação dominante do saber médico e psicológico como garantia de “certeza” do saber disciplinar e os novos saberes, sem possibilidades de trocas e de ampliação daquele saber já instituído, acabam não conseguindo construir métodos e formas de intervenção que ampliem as atuações para além da psicologia e da medicina.

Sem métodos definidos para atuações multiprofissionais, as ações se organizam pela lógica dos saberes individualizados, pela pouca apropriação de novos saberes e pela reprodução dos saberes já instituídos. Os novos saberes ainda não foram encampados na atuação dos CAPS como orientadores de uma prática inovadora e ao mesmo tempo resolutiva, são olvidados e pouco referendados pela equipe como um todo. A fala que se segue expressa essa lógica de entendimento da prática multiprofissional:

“Saulo - Existe, por exemplo, toda a questão da fisiologia, da cultura corporal; e ela é fundamental no meu trabalho, e o meu trabalho é radicado nisso, mas a gente não pode deixar de considerar que existe um conhecimento, que ele é considerado socialmente mais relevante, talvez pelo tempo, pela pesquisa, e tudo mais; que é da psicologia e da medicina, isso não tem como negar. (...) Às vezes termina sendo complicado porque, por exemplo, eu não vejo essas pessoas, esses profissionais médicos e psicólogos, por exemplo, preocupados com o conhecimento que é produzido pela educação física ou pela arte, pra construir a prática deles. Mas eu vejo uma necessidade nossa de estar buscando na medicina e na psicologia pra construir a nossa prática.

Essa fala foi expressa no grupo focal e se constitui um diálogo reflexivo que surge em um contexto de pausa na atuação, mas se manifesta como processo de

conscientização, não deixando de ser reflexo do modo como as ações vêm se constituindo dentro do CAPS. Pois, diante das dificuldades com relação à organização de determinados grupos ficou clara essa demanda pelo saber da psicologia na orientação das ações, o que traduz um modo de constituição dos serviços ainda muito calcado em um modelo já pronto e estabelecido e ainda muito pouco criativo no processo de inovação e encampamento de novos saberes na prática da clínica da Reforma Psiquiátrica.

Coloca-se em questão o modelo proposto pela política da Reforma e a formação acadêmica dos profissionais, pois são distantes e indicam propostas de atuações díspares. Desta forma, exigem-se dos trabalhadores inovações, uma postura teórica e política totalmente inovadora, questionadora dos saberes já instituídos, mas não se forma trabalhadores nessa diretriz, nem por parte das universidades e nem por parte das capacitações feitas pelo poder público. O que gera a dificuldade posta na atuação, a qual deixa as profissões menos instrumentadas para o trabalho na saúde mental, na perspectiva da Reforma, e permite, portanto, a mera reprodução dos saberes pela credibilidade na sociedade.

Com este significado de que a construção de técnicas para a efetivação do trabalho necessita estar assentada em concepções teóricas mais estruturadas e definidas pode-se argumentar que, no CAPS, o que ainda prevalece é o modo institucionalizado de oferta de serviços, ou seja, é a organização de serviços pela compreensão de que para tratar o sofrimento psíquico é necessário que haja uma estruturação de técnicas e de procedimentos que sejam organizados pela lógica do tratamento focado na institucionalização do método, de modo que os saberes instituídos passam a ocupar um espaço determinante na atenção.

Resta destacar, como forma de ilustrar o significado apreendido das ações interprofissionais para os trabalhadores de CAPS, as argumentações de Romagnoli (2006), que assinalam a dificuldade dos profissionais de construírem atitudes que sejam mais libertas do modo de trabalho que elege a padronização das categorias profissionais como ideal de conduta e que se assentam em um modelo tecnicista e padronizado típico das relações capitalistas. Assim, pode-se refletir que a multiprofissionalidade no CAPS traz um modo de interação dos trabalhadores típico da organização social posta e contraditório ao construto teórico e político da Reforma.

Quando Basaglia e Gallio (1991) argumentavam que a psiquiatria não deu conta de realizar o seu trabalho com base na promessa de tratamento e cura - pois “postulava uma cura improvável e impossível”, e necessitou, portanto, de rever seu conceitual teórico e recorrer a outros saberes como a psicologia e a sociologia - o fizeram criticando o fato de esses novos saberes estarem, ainda, muito focados “na relação curante-curado; o universo da doença, o universo da cura; a sociedade patogênica e os remédios socializantes”, ou seja, representando ainda “regras de vida coletiva em um microcosmo institucional” (p. 29-30). Para os autores, o abarcamento de novos saberes na prática em saúde mental sugere as possibilidades de inovações e a ampliação das ações para além do serviço institucionalizado, ações que se constituam de sujeitos entre sujeitos, em um campo psicossocial. Com essa perspectiva seria necessário transformar o imaginário social dos trabalhadores, porém tal transformação mostra-se impossibilitada diante das deficiências da formação acadêmica e da própria vivência histórico-social dos trabalhadores.

Com esta forma de entender e interagir com os novos saberes na organização dos serviços, os trabalhadores manifestam um modo de atuação que

impede a abrangência de um campo psicossocial mais amplo, pois o foco fica no serviço, na estruturação da atividade interna do CAPS. Há, entre os profissionais, falas que ressaltam o papel dos novos saberes na prática em saúde mental como recursos promotores de reabilitação psicossocial, porém o conteúdo das falas é contraditório e denota a valorização do método de trabalho instituído e as dificuldades da equipe de extrapolar o âmbito do modelo biológico:

“Marta - (...)a química do cérebro para quem está psicótico, os psicóticos mais graves é como se fosse um...não uma base, mas algo que precisa ter para você poder trabalhar o resto, o resto que eu chamo, que é a psicologia, a terapia ocupacional, todo o resto é tão importante quanto, para a reinserção social, para a reabilitação, para ele se tornar de novo um ser humano completo, mas se a química do cérebro não estiver zerada ele não consegue fazer psicoterapia, ele não consegue fazer terapia ocupacional, ele fica totalmente disfuncional. Então, é por isso que eu chamo isso de base, mas não quer dizer que a base é mais importante que o resto, é apenas um pré-requisito para ele poder aproveitar o resto do tratamento.”

Percebe-se, por esse exemplo de fala (o qual emergiu durante o grupo focal) o quanto a atenção ainda é centrada no tratamento e na remissão dos sintomas como pré-requisito para a ampliação a um campo psicossocial menos restrito; e o quanto os outros saberes ficam de retaguarda e dependentes de uma atuação focada nos sintomas para iniciar a expansão do tratamento, no viés da perspectiva psicossocial. Essa fala, emitida por uma profissional da área médica e acolhida pelos outros profissionais, representa o retrato de processos de trabalho que se baseiam nos saberes já instituídos, os quais se constituem hierarquicamente saberes da medicina em primeiro plano. O “resto” - que é a ampliação dos saberes - está subjugado a um tratamento biológico institucionalizado, à conseqüente remissão dos sintomas para o sujeito “tornar-se de novo um ser humano completo”,

como se a existência dos sintomas o retirasse da condição de ser humano completo.

Assim, o foco acaba ficando centrando nas ações, na organização interna dos serviços e das atividades propostas, com pouca ampliação para os espaços extra-muros dos CAPS. Pois, ainda espera-se a remissão dos sintomas para a atuação dos outros saberes como possibilitadores de ampliação dos recursos pessoais para lidar com o sofrimento e da mobilidade do sujeito nos espaços territoriais.

O foco no serviço sugere o comprometimento da equipe de trabalhadores em constituírem-se resolutivos para a minimização do sofrimento psíquico, em não se conceberem como espaços constituídos sem métodos e sem diretrizes; e denotam uma forma de agir que contrapõe posicionamentos de alguns grupos contrários à Reforma, que argumentam que o que Basaglia (1982) defendia como foco da Reforma - pôr “entre parênteses a clínica” - seria um descompromisso com o tratamento do sujeito. Ao contrário, o que é percebido pelas falas dos trabalhadores do CAPS é a necessidade constante de se organizarem, sem perder o seu papel como serviço que se propõe a tratar do sujeito que sofre psiquicamente.

Porém, essa preocupação da equipe transforma o foco do tratamento em exclusivamente direcionado à organização interna do próprio serviço e embasado em estruturas de saber definidas, orientadoras para a eliminação ou amenização dos sintomas, até porque os profissionais, apesar do modelo proposto, não foram formados para a nova forma de atuação defendida pela Reforma e, conseqüentemente, nem conseguem extrapolar e/ou questionar toda a organização social posta, no âmbito das categorias profissionais.

Ressalta-se nessa percepção o argumento de Costa-Rosa e colaboradores (2003), que afirmam a necessidade de a clínica e a Reforma Psiquiátrica constituírem-se como relações necessariamente tensas, de modo que buscar resolvê-la seria pender para um ou outro lado, ou seja, seria ser apenas um movimento social político ou ser apenas uma forma de oferta de serviços que se propõe a possibilitar a adaptação dos sujeitos que sofrem, por meio da eliminação e manejo dos sintomas.

Quanto à participação dos usuários nas atividades do CAPS é consenso na equipe a necessidade de que eles permaneçam na unidade apenas para tratamento e de que o ambiente do CAPS não se constitua um espaço de refúgio ou de reclusão, um lugar de fixação do usuário, como uma institucionalização do serviço. Para a equipe, o CAPS não deve ser alimentador de limitações que impossibilitem a construção e ampliação de laços sociais dos usuários.

As falas dos profissionais ressaltam sempre que o movimento dos usuários deve ser 'para fora' do CAPS, porém em algumas reuniões fica evidente a dificuldade de construção de práticas que reforcem esse movimento em direção ao campo psicossocial. Há na equipe uma contradição no que se refere a esse movimento do usuário (para dentro ou para fora do CAPS). Essa contradição está expressa no seguinte diálogo:

"Ana - Eu trouxe ela [discussão de caso] agora porque está me incomodando muito. Ela não faz nada, não tem nenhuma atividade que ela....e o projeto dela é vir a semana toda! (...)Ela tem que vir só para os grupos que ela participa, ela tem que estar na comunidade.

Saulo- Eu tenho falado para tantos pacientes irem embora, o quê que está fazendo aqui? Vai fazer nada não? Vai para a sua casa, não pode ficar sem fazer nada não, aqui não é lugar de descansar não, aqui é lugar de agir, é lugar de fazer ginástica, de estar em grupo".

O diálogo acima expressa a dificuldade de articulação do campo psicossocial pela equipe, onde há um entendimento de que aderir ao tratamento é estar nos grupos e, ao mesmo tempo, se não está nos grupos não há necessidade de estar no CAPS. Em algumas falas a necessidade de estar no CAPS se manifesta pela adesão (frequência aos grupos) e não pelo processo de adoecimento em si, e nem pela adesão a um projeto terapêutico que abarque ações extra-muro dos CAPS. Talvez esse seja um ponto nodal da dificuldade para a resolução do binômio institucionalização-desinstitucionalização do sofrimento psíquico, que permeia as ações do CAPS e a busca de transformação do modelo de atenção à saúde mental.

Há na equipe uma busca de não constituição do espaço CAPS como institucionalizado, ou seja, como institucionalizador do sofrimento psíquico, porém, ao mesmo tempo, há uma contradição que compreende a adesão ao tratamento vinculada à vinda do usuário na unidade e à participação em atividades e grupos dentro do CAPS. O que fica expresso no critério estabelecido pela equipe para desvinculação e alta, de usuários do CAPS, e encaminhamentos ao tratamento psiquiátrico ambulatorial, como no exemplo que segue:

“Elisa - Ele coloca claramente que o tratamento dele é medicamentoso, ele não vê outro tipo de tratamento para ele, e ele acha, assim, eu tenho que tomar essa medicação e eu preciso do CAPS, ele deixou isso muito claro e eu coloquei pra ele que, então, ia discutir e encaminhar ele para o ambulatório. (...)ele não quer grupo psicoterápico, ele vem de vez em quando no grupo de apoio entre amigos, para poder pegar o passe e para não ser encaminhado.

Selma - O que vocês acham, gente? Eu fico com medo...encaminha?

Elza - Eu acho que devia fazer o encaminhamento.

Ariadne - Ele é um caso que ele não participa de nada, ele só vem pra consulta e mais nada.

Selma - Então já está decidido, ela vai sair”.

Com os exemplos apresentados pode-se dizer que no campo da assistência ao usuário há claramente, para os trabalhadores, uma definição teórico-conceitual de que o CAPS tem o papel de trabalhar a ampliação do espaço social da pessoa com sofrimento psíquico, deve se constituir um local onde o usuário deve estar para fazer um tratamento que seja mais extenso do que o tratamento biológico (mantido pela metodologia antecedente à política da Reforma Psiquiátrica), porém não deve constituir-se o lugar de permanência do usuário. Para os trabalhadores, o lugar de permanência se localiza e se fixa no território social ampliado.

No entanto, essa definição claramente manifesta em algumas falas, não é o que significa as ações em sua completude, pois o significado que emerge das falas se permeia de contradição, onde o projeto terapêutico do usuário ainda não conseguiu extrapolar os espaços do CAPS, e onde o CAPS acaba se transformando em um espaço institucionalizado, em conformidade com uma lógica de organização de serviços por meio da oferta de atividades internas, por meio de trabalhos individualizados que se propõem a oferecer consultas médicas e atividades em grupos (grupos psicoterápicos, grupos de conversa, grupos de jogos etc.).

Deste modo, o modelo de atenção que tem se construído no CAPS ainda está permeado de ações que se resumem a atividades no interior da unidade, a uma lógica de atuação multiprofissional ainda calcada na ação individual de cada categoria e na pouca inovação com o abarcamento de novos saberes, na institucionalização do serviço e conseqüentemente do adoecimento psíquico, com foco na eliminação e manejo dos sintomas em detrimento de ações mais amplas e inseridas no território social do sujeito.

Ressalta-se nesta análise a distância entre o plano real e o ideal (teórico/político) da Reforma, a falta de instrumentalização do trabalhador,

decorrente de sua condição histórico-social, e as deficiências do campo jurídico que propõe a execução de uma política, com diretrizes inovadoras, porém não consegue instrumentalizar os executores desta política.

#### **4.2 - PALCO DE DISPUTAS: QUEM SABE MAIS?**

*O poder que eu tenho é emanado pelo outro e o poder do outro é constituído por mim.*  
(Francisco Perna Filho)

As relações interpessoais no CAPS, principalmente entre os profissionais, apresentaram-se conflituosas e assentadas em relações de poder. O foco prioritário que emergiu, no âmbito das relações interprofissionais, foi referente às questões relativas à competência técnica, ao modo de atuação e à assertividade do profissional no estabelecimento das trocas entre os colegas. As relações de poder que emergiram são fruto da diversidade de saberes disciplinares<sup>23</sup> e de uma orientação profissional que assinala as atuações em moldes pré-estabelecidos e as condutas dos trabalhadores em um modelo individualista e corporativista.

O poder, como elemento que rege as relações do CAPS, é para os trabalhadores o alvo de suas atuações, as quais são manifestas nas reuniões de equipe como forma de expressar a competência técnica de cada um e o

---

<sup>23</sup> Amarante (2003b) argumenta que falar em disciplinas, no âmbito da atenção à saúde mental não é a maneira mais correta de denominar a amplitude de categorias profissionais que podem atuar nos serviços, pois coloca o saber na base de uma conceituação estabelecida e estruturada, orientadora de condutas, modeladora de ações e adaptadora de comportamentos. Segundo o autor, não é essa a diversidade esperada no âmbito das ações de saúde mental, pelo prisma de um novo paradigma: o da atenção psicossocial. Pois no modelo proposto pela Reforma Psiquiátrica o mais adequado seria falar de saberes, os quais estão mais em conformidade com a 'desconstrução' dos procedimentos já estabelecidos e, portanto, com a diretriz da Reforma Psiquiátrica, que propõe a criação de um 'serviço inovador' e não apenas um 'novo serviço'.

reconhecimento pelo seu trabalho. Para a equipe, o que é considerado competência técnica nas relações é aquela capacidade na atuação que já se encontra estabelecida por algum conhecimento profissional prévio; ou a competência que se estabelece pela disponibilidade e capacidade de aprendizagem rápida daqueles conteúdos que são necessários ao desenvolvimento do trabalho, nos moldes das transformações que a Reforma Psiquiátrica requer. Pode-se observar essa forma de relação entre os trabalhadores pelos relatos que se seguem:

“Selma - A Natividade, sem desfazer da pessoa dela, mas assim, ela nunca teve experiência na área de saúde mental, ela entende muito pouco da área de saúde mental e não sei se é a melhor pessoa para estar ingressando nesse projeto.”

“Ariadne - A gente está vendo aqui, na nossa equipe, pessoas que não avançam e que ficam o tempo todinho pedindo, pedindo.”

Nessa forma de interação por que perpassam as relações, os profissionais que possuem mais experiência no âmbito do trabalho em saúde mental, ou aqueles dotados de mais desenvoltura no processo de aprendizagem e envolvimento com o serviço no CAPS, acabam estruturando um modo de relação de domínio sobre os ‘menos habilidosos’ e desenvolvem um sentimento de intolerância a estes que não se encontram no mesmo nível de entendimento do trabalho. Essa postura fica evidente pelo modo como se referem aos colegas, desconsiderando suas atuações ou mesmo ignorando as falas. No exemplo apresentado acima o fato de “não querer se desfazer da pessoa” não exime a atitude de se desfazer do profissional, o qual é considerado inábil para o desenvolvimento de um projeto que, pelo relato da equipe nas discussões a respeito do projeto em questão, ninguém tinha experiência para desenvolvê-lo.

Falas como essas, que desconsideram a pessoa na relação e avaliam o profissional pela experiência ou pela conduta, foram freqüentes e encontraram ressonância na maioria dos outros trabalhadores presentes. Várias significações poderiam ser retiradas dos conteúdos das reuniões, como neste exemplo:

“Elisa - (...) eu acho assim, eu acho que muitas vezes a conduta dela não tem muito a ver com o que a gente trabalha aqui, né? (...) Então, tem vários casos, e outras posturas que ela tem aqui no serviço que a gente nota que ela não é da Reforma (psiquiátrica), que ela não defende esse serviço, então para quê a gente vai ficar insistindo com a pessoa?”

Essa fala retrata o quanto a aceitação do profissional, pela equipe, está condicionada à disponibilidade, à compreensão e à assimilação do trabalhador de quais são as formas de agir que condizem com o proposto pela Reforma Psiquiátrica e de quais são os conhecimentos do profissional a respeito do seu trabalho no serviço de modelo CAPS. Além de colocar no campo de reflexões a dificuldade por que perpassam as relações, no âmbito do CAPS, quando há uma diversidade de pessoas, a qual reflete uma diversidade de posturas, que são frutos de grandes divergências nas formações profissionais e acadêmicas. A aceitação da equipe das divergências e diversidades de posturas possui um limite muito estreito, pois o que fica marcado, pelo processo de interação entre os trabalhadores, é a dificuldade de lidar com aqueles que estão mais resistentes às transformações que o serviço no modelo CAPS almeja.

Pode-se ressaltar que o proposto pela Reforma é a capacidade de abarcar as diversidades e não se estabelecer como um serviço que expressa um modo de agir que exclui e que reproduz a interação que se dá na organização social. Rotelli (1991, p.91), em entrevista realizada em 1990, ao avaliar a operatividade dos

serviços substitutivos, fala das condutas das pessoas que estão trabalhando nesses serviços ressaltando as diversidades de posturas e a necessidade de que sejam mantidas essas oposições. A esse respeito ele assim se manifesta: “Há pessoas mais disponíveis, menos disponíveis, mais motivadas a um trabalho de transformação, outras mais na defesa e, portanto, mais disposta a conservar as coisas. É importante que os Centros e serviços sejam e continuem a ser permeados de pessoas de todos os tipos”.

Apesar desta argumentação, feita por um dos precursores da Reforma Psiquiátrica Italiana (modelo que orienta a Reforma no Brasil), o que emerge das relações entre os trabalhadores é um modo de agir que não consegue contemplar a diversidade e que se afirma pela pouca tolerância ou pela exclusão daqueles que fazem emergir a contradição das relações. Situação comum à história da organização social, que valoriza a massificação, a reprodução e bane as diferenças.

Além desta forma de poder, há no CAPS um outro tipo de relação de poder: é o poder que se dá, não pela competência técnica, pela sabedoria profissional, mas sim pela competência pessoal, a qual é a habilidade de enfrentar as discussões e de se colocar frente aos colegas assertivamente, postura que se manifesta pela altivez na fala ou pela tentativa de se apresentar na equipe como isenta de cometer erros na atuação. Um exemplo desse posicionamento que reflete a disputa de poderes, com a conseqüente avaliação constante das condutas das pessoas, é o que se segue:

“Selma - Quando ela [outra trabalhadora não presente na reunião] está aqui, ela fica mais no computador ou no telefone, (...) ela toma atitudes, assim, totalmente erradas.”

Ou, ainda, o exemplo de falas de alguns profissionais, que atuam na tentativa de reafirmar a sua capacidade de organização das ações em detrimento da organização dos outros:

“Elza - Eu me organizei. Eu não sei o que o povo aqui [os outros trabalhadores] está fazendo do tempo deles.”

Essa forma de se colocar para a equipe e a resposta que se obtém com essa atitude, a qual se traduz na escuta sem questionamentos por parte dos outros profissionais, demonstram claramente o quanto as relações de poder entre os trabalhadores do CAPS estão amparadas em atitudes altivas e assertivas, em expressões veementes e no enaltecimento individual da própria conduta. Há uma tendência a acatar a idéias e falas de pessoas que se manifestam com mais certezas, com mais segurança, e que não demonstram ter dúvidas.

Esse processo de relações que ocorre entre os trabalhadores transforma os espaços de discussão no CAPS, em grande parte das reuniões, em trocas estabelecidas pelo foco na ascensão da credibilidade pessoal, e na elevação do reconhecimento pela própria atuação. Aos profissionais, o que se garante como possibilidade de inclusão na equipe de trabalho é a capacidade de se sobressair neste cenário, onde alguns trabalhadores se isolam e não se dispõem a entrar nessa ‘luta’ pelo poder, permanecem calados e optam por não emitir opiniões.

A equipe, em sua maioria, reconhece essa relação de poder que se estabelece no trabalho do CAPS e, muitas vezes, a utiliza como motivo de justificação para a desqualificação e/ou o não envolvimento profissional na atividade de sua responsabilidade na unidade. Como exemplo dessa atitude, há os relatos que se seguem:

“Carla - (...) não dou conta de fazer, assim (...) não, eu não chequei se ele trabalhava.”

Ou ainda:

“Carla - Ele disse que sentia fraqueza, cabeça ruim... eu não ouvi muito, porque ele ia passar pela médica, eu coloquei assim no prontuário, que ela [a médica] deveria checar (...).”

Com esses diálogos, pode-se perceber que alguns trabalhadores justificam a falha em sua atuação, afirmando a incapacidade de realizar determinada tarefa ou justificando a maior capacidade de um outro colega. Desta forma, o que emerge como categoria para análise é a relação de poder sempre assentada em competências individuais e próprias do exercício profissional, de modo que a garantia de ascensão de poder e de obtenção de credibilidade e reconhecimento pela atuação no trabalho do CAPS se dá de forma individualizada e excludente, pouco assentada nas trocas e nas posturas de atuações participativas e coletivas, como regem as diretrizes teóricas do modelo da Reforma Psiquiátrica.

Fica evidente que os profissionais, de um modo geral, são envolvidos com o trabalho e conseguem detectar as falhas nas atuações dos colegas, percebem a necessidade de melhor capacitação e de melhor compreensão do modelo da Reforma Psiquiátrica em determinadas atitudes profissionais, realizando constantes avaliações do modo de agir de algumas pessoas da equipe. Porém, essas avaliações são focadas nos aspectos individuais, de pessoas específicas, e não no funcionamento da equipe como um todo.

Costa-Rosa e colaboradores (2003) argumentam que a proposta de trabalho da Reforma Psiquiátrica é uma divisão de trabalho interprofissional integrada em profundidade, a qual se dá para além da divisão de trabalho no modelo taylorista (que tem em princípio a relação hierarquizada, na qual existem aqueles

que planejam e aqueles que executam o serviço, aqueles que dominam pelo saber e aqueles que fazem) bem em conformidade com uma relação de trabalho, como a que se estabelece no CAPS, que se permeia pelo poder estabelecido pela competência técnica individual e pelo saber. Para Costa-Rosa e colaboradores (2003) o trabalho interprofissional na linha da Reforma deve se pautar pelo conceito de transdisciplinaridade, porém o autor não delinea esse conceito, mas argumenta que o que se propõe como ideal é uma “interprofissionalidade integradora do processo de produção e do produto e não interprofissionalidade fragmentadora” (COSTA-ROSA et al, 2003, p.38).

Essa forma de relação que se dá entre os trabalhadores do CAPS interfere pontualmente na disponibilidade, de alguns profissionais, para atuar em equipe, principalmente na disponibilidade daqueles que não se encontram preparados para o desafio de se manter nessa luta pelo poder e de investir e/ou acreditar no próprio potencial como forma de reconhecimento e inclusão na equipe de trabalhadores do CAPS. Esta se torna a base da relação de poder firmada no processo de trabalho no CAPS e, conseqüentemente, a base das dificuldades de relação e dos enfrentamentos constantes dentro da equipe, os quais foram muitas vezes manifestos claramente nas reuniões, por meio de discussões longas, pelas elevações do tom de voz, pela ocorrência de falas simultâneas, pelo uso de ironia e pela pouca disponibilidade para escuta; ou foram manifestos de forma menos nítida, por meio de silêncios, por cochichos, etc.

Por outro lado, quando a percepção de ações que não traduzem competência técnica ou que não coincidem com o modelo da Reforma Psiquiátrica diz respeito à conduta médica, a equipe não consegue resolver os impasses e nem fazer enfrentamentos de forma clara. Os profissionais têm consciência dessa

dificuldade, mas não conseguem superar o impasse. Um exemplo está na fala que se segue:

“Saulo - Existe uma coisa que é muito complicada dentro desse sistema que a gente vive que se chama correlação de forças, né? Nós somos um grupo grande e essa polêmica foi gerada por uma ou duas pessoas que têm um poder muito grande, político principalmente, que são os médicos, né? É um poder, inclusive, legal para agir dessa forma e é por isso que a gente fica tão fragilizado”.

Desta forma, fica evidente que o poder do médico, já estabelecido historicamente nas relações entre profissionais de saúde, permanece no CAPS no mesmo modelo de relação de poder do restante da equipe, focado, portanto, na competência técnica. Mas os profissionais, algumas vezes, tentam romper com essa lógica e acabam agindo de forma um pouco contraditória em determinadas situações. Às vezes utilizam falas impositivas ao médico, como forma de impor resistência a esse poder constituído, como, por exemplo, na fala de um profissional para uma médica que estava se apresentando para a equipe durante a reunião, pois era novata no serviço:

“Saulo - (...) algumas pessoas têm dito que nossa equipe é terrível, que judia das pessoas, principalmente dos médicos (...) o negócio é que nossa equipe é bastante politizada.”

E outras vezes utilizam falas que reconhecem e atribui ao médico uma situação de vantagem, em um status determinado, como por exemplo, ao falar de um usuário, uma profissional assim se manifesta:

“Regina - Ele tem pinta de doutor, né?”

Ou como está expresso nessa fala:

“Paula - (...) ela tem perfil para o Wassily [Pronto-Socorro], lá o médico é o todo poderoso, que trabalha a hora que bem quer e do jeito que ele quiser.”

Quando há entre os trabalhadores alguém que a equipe considera estar atuando fora do modelo da Reforma, há, por parte dos profissionais, uma avaliação e julgamentos que ocasionam muitas discussões, no entanto, se essa atuação fora dos moldes da Reforma parte do profissional médico os enfrentamentos são menos constantes e com mais divergências na equipe, cujas opiniões são mais heterogêneas e dividem os posicionamentos.

Uma fala que ilustra a postura da equipe de não conseguir superar o poder do profissional médico e fazer os enfrentamentos como são feitos com os profissionais de outras áreas é a que se segue, quando houve um questionamento de um usuário com relação à conduta médica e uma outra profissional assim se manifestou:

“Elza - para não colocar, assim [no prontuário], muito claramente, pontualmente, a questão do médico, é bom colocar assim, ele não confia em toda a equipe do CAPS”.

Essa fala mostra o quanto há uma preocupação clara e um cuidado quanto ao fato de o médico ter acesso às reclamações a respeito de sua conduta, cuidado este que não se manifesta nas interferências a condutas de outros profissionais; e denota também a indisponibilidade do trabalhador de fazer enfrentamentos com o profissional da área médica.

Há uma percepção clara da equipe de atuações inadequadas que alguns médicos têm no serviço, o que gera conflitos e discussões tanto com os gestores, quanto entre a própria equipe. Como no exemplo a seguir:

“Elza - Eu não me proporia a montar [grupo de medicação] com a Leontina [médica], porque por um lado ela faz um grupo, mas por outro lado, como você falou no início da reunião ela é a que mais medica com ansiolítico”.

Essa fala surgiu em um contexto de discussão no qual o gestor propôs que se iniciasse um grupo de medicação na unidade, com objetivo de desmedicalizar, porém foi discutida entre os trabalhadores a impossibilidade de um grupo com esse caráter, uma vez que a médica disponível para esta ação tinha uma conduta que a equipe avaliava como duvidosa. Desta forma, houve enfrentamentos com o gestor, nos quais os trabalhadores defendiam seu posicionamento e se recusavam a agir conforme a solicitação do gestor, mas não houve decisão para enfrentamentos com a profissional médica, ao contrário, transferem para o gestor os possíveis enfrentamentos.

Um outro exemplo de dificuldade para lidar com profissional da área médica são as discussões, algumas intermináveis, que são feitas, entre a equipe de trabalhadores e gestores, para que sejam definidas estratégias de como intervir nas diretrizes para a conduta médica. Essas discussões refletem o entendimento da equipe de que a conduta médica não é passível de ser avaliada e pontuada pelos trabalhadores, como o fazem nas avaliações de condutas de profissionais de área não médica. Assim, as possibilidades de intervenção para a melhoria da conduta médica são amplamente discutidas, sem a presença do profissional em questão, mas não são esclarecidas de modo a culminar em uma ação definida. Um exemplo de diálogos que buscam definir estratégias é o que se segue:

“Paula - Eu acho que tem que chegar nela [profissional da área médica] e conversar (...) se você quer ficar aqui, você tem que se adequar, tem que se dedicar para se adequar.”

Diálogos como estes foram longos e sem definição e consensos, ressaltaram contradições e trouxeram para a equipe debates muito eloqüentes a respeito de como falar com o profissional da área médica que não estava se

adequando ao serviço, de como avaliar sua conduta e cobrar mudança. Essas relações conflituosas geraram embates entre os profissionais e dividiu opiniões, fazendo com que grande parte das reuniões fosse dedicada a resolver esses conflitos. Com embates, com idéias divergentes e com poucas possibilidades de consenso, o que gera em muitas pessoas é desmotivação para participar das reuniões e, até mesmo, manifestação de repúdio às reuniões de equipe. A exemplo, o diálogo a seguir:

“Elza - Vamos pensar, sabe porque que a gente não chega a uma posição? Porque chegar a uma posição é me responsabilizar pelo meu ato, e essa equipe em vários momentos não se responsabiliza, é por isso que quando fala vamos votar agora, não, votar agora não.

Eva - É por isso que a reunião fica cansativa e as pessoas não dão conta de participar.”

Diálogos como estes foram freqüentes em vários momentos da reunião, mas sempre se referindo às dificuldades da equipe em lidar com as atuações profissionais inadequadas, porém, os momentos em que houve maior divergência de opiniões e, portanto, maior conflito foram os que se referiam à atuação do profissional da área médica.

O diálogo acima mostra a dificuldade da equipe em decidir sobre como agir com um profissional que é da área médica, quando há a necessidade de interferir em sua conduta. Até mesmo uma médica que estava presente na discussão não conseguiu criar condições para o enfrentamento com a postura da colega. Isso se deve ao fato de que o poder médico é ainda muito forte no campo da saúde e as transformações ocorrem muito lentamente, no sentido de encampar outras áreas. O relato a seguir mostra essa condição de pouca transformação nas ações:

“Marta - Ela não vai mudar isso não, se você falar isso pra ela, ela vai dizer que você está se metendo no ato médico, que ela sabe bem como ela tem que atender”.

Essa fala, feita por uma profissional médica que estava na equipe, ressalta a amplitude de estruturas que necessitam ser quebradas para que se efetive um modelo de atenção em saúde que seja menos autoritário, menos focado nos procedimentos médicos e mais direcionado à relação do que à doença em si.

Esse conflito com a área médica nos CAPS se apresenta com mais transparência, de forma mais efetiva, devido ao fato de serem estes (os CAPS) um campo de atuação que propicia constante reflexão e necessidade de mudanças no modo de agir, que questiona o modelo biologicista e que defende as intervenções multiprofissionais, para a garantia da efetivação do serviço, no modelo de atenção psicossocial; e que, portanto, fazem emergir as contradições, muitas vezes ocultadas na realidade social posta. Pois, o médico é um profissional que está inserido no âmbito de uma categoria que age em defesa da autonomia do seu serviço e que busca assegurar a manutenção do método de tratamento até então estabelecido, enquanto as outras profissões, em sua maioria, ainda encontram-se no dilema de construir método de trabalho no modelo da saúde mental.

Há uma clara percepção da equipe das atuações na área médica que não condizem com a proposta da Reforma Psiquiátrica, mas, ao mesmo tempo, há uma dificuldade de comunicação com o profissional, no sentido de buscar a transformações do modelo, como na fala a seguir:

“Elisa - Você está querendo que a gente faça o movimento inverso, trabalhe o usuário, para o usuário chegar até a médica para não estar pedindo essa medicação, para ele vir com essa demanda para a médica? (...) Parece que a gente fica na mão dela, é isso?”

Os trabalhadores reconhecem essa relação de poder, que domina o campo da atenção em saúde mental, mas ao mesmo tempo não se sentem capazes de fazer enfrentamentos, até porque os enfrentamentos já se encontram definidos na relação de poder que se repete no serviço CAPS. Ou seja, apesar da proposta de um modelo de atuação horizontalizada, preconizado pela Reforma Psiquiátrica, a relação que se estabelece entre os profissionais não se dá nessa base, é uma relação verticalizada, por meio da aquisição individual do poder pela competência profissional e pessoal.

Destarte, os profissionais acabam por estabelecer relações conflituosas com aquele profissional médico que utiliza, de forma mais incisiva, o seu poder e que não se disponibiliza a fazer trocas e transformações. Essa relação conflituosa perpassa também pelos outros profissionais entre si, como repetição do mesmo modelo de relação de poder já estabelecido com a classe médica.

O médico, muitas vezes, mantém o seu posicionamento de supervalorização da própria atividade em detrimento dos outros serviços. Um exemplo que marca bem essa postura é o que se segue, cuja fala é de uma profissional médica que esteve presente reunião apenas para dar um informe:

“Aurora - Gostaria de participar da reunião, mas, hoje tem agendamento pra manhã toda... o horário da gente é muito... é muita coisa mesmo, a gente faz coisas fora também... eu creio que discutir é muito interessante, mas...”.

Tal relato expressa bem a desvalorização que a médica atribui às ações que não sejam específicas da conduta médica, como por exemplo, reunião de equipe e estudos de caso em equipe multiprofissional. A compreensão desse processo gera sofrimento nos trabalhadores, mas, ao mesmo tempo, não cria condições para a superação, ao contrário, traz ações conflituosas e contraditórias

que perpassam, desde o questionamento voraz, até a aceitação incondicional do poder hegemônico do profissional médico que trabalha no CAPS.

A supervalorização da própria atuação em detrimento da atuação de outros profissionais não ocorre apenas com relação aos médicos, pois, como a relação de poder na equipe está fundada na competência técnica ou pessoal, aquele que se reconhece e é reconhecido como competente pela equipe tende a valorizar a própria atividade em detrimento de outras.

Um exemplo que retrata bem essa postura é a fala de uma profissional a respeito da possibilidade de auxiliar um grupo, por solicitação do colega, em outra área de atuação que não é a sua, expressa no diálogo a seguir:

“Elza- Se eu der férias para o meu grupo eu vou para lá, pode né?  
Saulo- Para a natação? Pode, claro.  
Elza- Eu estou precisando relaxar, cuidar da minha saúde”.

No serviço CAPS o modelo médico hegemônico permanece e isso faz com que não seja possível à equipe multiprofissional uma atuação que seja mais integrada e menos dependente dos procedimentos médicos. Os próprios profissionais se reconhecem como incapazes de construir uma atuação que seja menos biologicista, menos vinculada aos procedimentos médicos e medicamentosos e mais de cunho psicossocial. O exemplo a seguir retrata bem isso:

“Selma - É horrível você estar aqui na segunda, quarta-feira aqui sem médico, a médica falar que vem, a médica não vem, aí chega a pessoa aqui, com familiar e tudo mais...isso é péssimo. (...)Nós estamos vítimas o tempo inteiro, um grupo grande, vítima de uma ou duas pessoas o tempo inteiro.”

Com base no exposto, pode-se afirmar que a transformação do modelo biológico está em fase embrionária nos CAPS, visto que a valorização e o estabelecimento do poder se dão no âmbito das competências profissionais, as quais se estabelecem pela organização de uma metodologia previamente estabelecida e de um posicionamento profissional livre de dúvidas e de erros por parte de quem realiza a atividade.

Os profissionais que não são da área médica ou que não têm uma metodologia de trabalho bem definida, a qual permitiria a garantia do poder pela atuação competente, encontram-se em constante tentativa de defesa do seu campo de atuação, como forma de obter ascensão de poder, tendo em vista que a aceitação na equipe dos trabalhadores de CAPS encontra-se condicionada à sua competência técnica e/ou pessoal. Portanto, apropriar-se do modelo psicossocial de atenção é algo ainda distante no âmbito das relações que se estabelecem entre os profissionais do CAPS, tendo em vista o quão novo ainda é esse campo para a ampla gama de profissões que hoje ele abarca, sendo muitas delas de áreas que não são específicas da saúde.

Muitos profissionais se encontram em fase de investigação de como aplicar os conhecimentos adquiridos pela profissão aos serviços de saúde mental, de compreensão da própria atuação profissional, e da necessidade de reconhecimento e valorização dos outros pela sua atuação. E essas buscas encontram-se subjugadas a um modo de interação que exclui aquele que não se adequa e que se transforma em um palco de disputas, onde o poder é o alvo e no qual a forma de obtê-lo é se disponibilizando a entrar nessa luta, seja pela busca do conhecimento técnico e profissional individual ou pela competência pessoal de autopromoção.

Assim, o espaço de construção das relações interprofissionais no modelo de serviço CAPS ainda é um palco de disputa de poderes e de busca de garantia de reconhecimento pelo outro, reflexo da organização social advinda com a modernidade, na qual o que se valoriza é o poder, constituído pelo saber, ou pelo ter, é a reprodução e a adaptação às estruturas postas, é a tomada do espaço social pela habilidade de adaptação e de imposição.

## CONCLUSÃO

---

Os significados apreendidos e destacados neste estudo são, em síntese, expressões relativas ao processo da Reforma Psiquiátrica em Goiânia. Indicam, em muitos aspectos, significados que remetem a questões universais referentes à saúde mental e à interlocução com o sofrimento psíquico. Trazem à tona reflexões quanto à contradição posta por um projeto que emerge com caráter de denúncia, com características de mobilizações sociais e de reivindicações de ampliação da participação popular e de direitos humanos; mas que, no decorrer do processo histórico de evolução da proposta, tornou-se uma política de Estado e colocou em pauta dois pólos de confrontação: as concepções advindas do movimento social (que reúne intelectuais, militantes, usuários e familiares) e o aparato institucional do Estado (que determina regras, contrata servidores, impõe normas e busca o controle social).

Assim, pode-se extrair dos significados apreendidos um elemento que perpassou todos os núcleos de significação apresentados e discutidos anteriormente: as relações de poder. As quais foram significativas nas questões da formação da rede de atenção aos usuários; nos aspectos que se referem à gerência do CAPS ou à gestão municipal; na relação dos profissionais com os usuários; na construção da prática na unidade; e nas relações interprofissionais dos trabalhadores. Compreende-se que em cada um desses aspectos as relações de poder são enfrentadas de modo diverso, mas empreende-se um olhar único de que essas relações são decorrentes da constituição desta sociedade, que imprime aos

sujeitos condições peculiares de limites ou de possibilidades de enfrentamentos, que são oriundos do processo histórico-social, no qual a prática tem sido construída pela luta de classes e pela dominação dos sujeitos por meio da racionalidade e do discurso ideológico que a realidade objetiva apresenta.

Com base nesses argumentos é importante destacar a compreensão de poder que orienta este trabalho, a qual tem por base os estudos de Martin-Baró (2003), que apontam, fundamentalmente, para o poder como sendo um elemento psicossocial básico e constitutivo de todas as relações humanas, dentro de um sistema social. O autor enfatiza que um aspecto fundamental do exercício do poder é a camuflagem do seu uso, ou seja, o poder é exercido nas relações de forma velada, pois, do contrário, as contradições iriam emergir.

Blanco e Corte (2003), apresentam as idéias de Martin-Baró afirmando que as argumentações do autor colocam o poder sempre associado ao discurso dos sujeitos, ao conceito de ideologia, o qual é entendido como sendo a mediação psíquica do poder. Para os autores, Martin-Baró não associa o poder apenas à capacidade de violência em si, mas totalmente vinculado, também, à tendência a ocultar essa capacidade por meio dos significados, por meio dos discursos políticos e ideológicos, por meio da dominação.

Neste sentido, as relações de poder a que este trabalho se remete são aquelas que se constituem camufladas pelo discurso, pelas falas que se orientam no sentido de ocultar a capacidade do exercício da violência. Corroborando com Martin-Baró (2003), entende-se violência como não apenas a física, mas também aquela que coloca o sujeito no lugar de impossibilitado de ação, no lugar de destituído da condição de participação social, de autonomia e de escolhas.

Assim, as relações de poder que os núcleos de significação apreendidos neste trabalho contêm são relações que se confrontam por meio do discurso ideológico e por tentativas de dominação e controle, nos quais estão contidos, atualmente, dois campos de argumentações: os aspectos teóricos e ideais da Reforma, que tendem a se tornar discurso ideológico, haja vista a perda do caráter de mobilização social e de denúncia, e a tentativa de se organizar como prática e como serviço; e os aspectos políticos, que como discurso do Estado, transforma-se em ideológico, mesmo tendo contido em seu bojo algumas reivindicações e orientações de transformações advindas do movimento de caráter social, portanto, revolucionário.

Faz-se necessário, neste cenário, repensar a necessidade de reformar o que está posto, pois com a ampliação dos atores sociais neste projeto (de Reforma da Psiquiatria) ampliou-se, ou melhor, emergiram contradições ocultadas pela realidade objetiva. As contradições foram essenciais para a efetivação das transformações já ocorridas na reforma da atenção na saúde mental. Porém, com a consolidação da Reforma Psiquiátrica como política de Estado, ampliaram-se as possibilidades de ocultamento do poder instituído e da dominação pelo discurso ideológico, seguindo a compreensão de Martin-Baró (2003).

Este é, portanto, o cenário atual, no qual os trabalhadores de CAPS encontram-se em constante tentativa de exercer contra-força ideológica em suas relações, mas ao mesmo tempo não conseguem transformar a realidade objetiva, apresentam contradições no seu fazer e, ao mesmo tempo, sofrem o processo de ocultamento dessas contradições. São contradições que emergiram por meio de falas a respeito de quem é a família, de quem é o usuário, de qual é o papel da gestão, que práticas devem ser construídas e de como transformar o modelo. São

significados que permitem compreender como tem ocorrido o processo de busca das transformações técnico-assistenciais, teórico-conceituais e sócio-culturais da Reforma, no âmbito do CAPS, em Goiânia.

Os significados apreendidos colocam os trabalhadores em uma construção de rede de saúde mental conflituosa e limitada aos serviços de saúde, impregnada de discursos ideológicos e pouco possibilitadora de ampliação da rede social do sujeito com sofrimento psíquico; apresentam uma estruturação interna do CAPS construída em meio à contradição no que se refere aos aspectos de gestão, quando ora a gestão é democrática e ora é autoritária; ora os projetos políticos coincidem com os construtos teóricos da Reforma e ora tornam-se projetos partidários ou corporativistas. Trouxe significados, do sujeito com sofrimento, que refletem a própria estrutura social, que coloca a razão como princípio básico para o exercício da cidadania e, conseqüentemente, o sujeito do sofrimento no lugar de tutelado.

Além desses significados, referentes aos aspectos de transformação social que o modelo da Reforma exige, foram apreendidos significados que retomam questões referentes à técnica, às trocas profissionais, à prática no serviço. Significados que denotaram a reprodução do modelo hegemônico do saber instituído e do poder atribuído ao detentor deste saber, onde as práticas profissionais permanecem impossibilitadas de inovações, devido à ancoragem dos novos saberes nas práticas já instituídas e à pouca condição de superação desses saberes pelas novas práticas, dadas as condições de relações de poder em que perpassam as trocas profissionais.

Com esses significados, o presente trabalho coloca em discussão as dificuldades de superação de um modelo hegemônico de atenção à saúde, o qual

não é mais que o próprio reflexo da estrutura social que não permite aos trabalhadores criar condições de exercício de uma *práxis* divergente da prática social instaurada pela modernidade.

Os trabalhadores de CAPS empreendem uma trajetória que pretende construir um modelo contra-hegemônico, tentam percorrer a direção contrária à estrutura social, aos valores e às relações construídas na sociedade, que atribuem méritos aos aspectos econômicos e materiais, em detrimento da subjetividade e das relações humanas. Porém, acabam esbarrando-se nos próprios limites de sua condição histórico-social, que se encontra alicerçada no modelo hegemônico das relações de mercado, de reprodução e massificação, de valorização do poder como forma de ocultamento da violência social, como possibilidade de dominação.

Não há por parte dos trabalhadores possibilidade de vislumbrar transformações que extrapolem o âmbito do próprio serviço, as quais já ocorrem com confrontos e tentativas de dominação; com contradições e o conseqüente ocultamento destas pela realidade objetiva.

A partir daí, pode-se refletir quanto às dificuldades de transformação do modelo de atenção à saúde mental pelo viés da desinstitucionalização, considerando as diretrizes políticas do poder público e as reais condições de construção de um plano de ação. Até porque a Reforma como política de Estado modificou muitos construtos originais do movimento social, do grito de denúncia que exigia mudança. São modificações que interferem pontualmente no plano de ação para a implementação da política, que permitem condutas divergentes, que orientam uma prática ainda muito focada nos serviços, que coloca os trabalhadores em um palco de confrontação, no qual há poucas possibilidades de avanços, devido às próprias condições estruturais a que a política condiciona.

Com estas dificuldades para a construção de um plano de ação que permita abarcar as diretrizes políticas e ainda contemplar o modelo teórico, os trabalhadores se orientam por um modo de organização de serviços mesclado de discursos ideológicos, de práticas contraditórias e de movimentos de militância como possibilidade de transformação da realidade. Estabelecem um espaço de trocas sociais transformado em *lócus* de discursos de caráter, muitas vezes, também ideológico, camuflador das contradições internas da Reforma, no âmbito dos espaços do CAPS. Contradições essas fundamentais para as transformações sociais, pois se ocultadas os conflitos não emergem e, portanto, as mudanças não ocorrem, mas sim a conformidade e a reprodução que não impulsionam avanços.

O presente trabalho não pretendeu dar respostas às questões que são colocadas em pauta na reforma de atenção à saúde mental, mas contemplou uma leitura do atual momento sócio-histórico da Reforma Psiquiátrica e evidenciou a necessidade que urge para que novas transformações sejam empreendidas, para que haja uma reforma da reforma, que amplie as idéias iniciais e que permita a emergência das contradições atuais como ponto de tensão, sempre necessário para que qualquer transformação se efetive, para que o poder seja enfrentado e para que a dominação seja colocada em xeque.

Destarte, pode-se afirmar que esta pesquisa permite a reflexão quanto à necessidade de recusar e combater qualquer forma de dominação e de poder, qualquer ocultamento de tensões, necessárias para que ocorram transformações sociais e para que reformas sejam efetivadas na realidade objetiva.

Esta pesquisa não apresenta respostas para as questões postas pela Reforma como política, até porque qualquer resposta indicaria uma resolução da tensão e, portanto, a possibilidade de constituição de uma nova estrutura ideológica

e pouco possibilitadora de transformações. É um trabalho que trouxe reflexões que colocam em pauta as contradições, coloca no bojo da Reforma Psiquiátrica alguns elementos contraditórios e mantém a tensão de alguns aspectos que merecem melhor investigação:

- As formas de relações de poder que perpassam todos os espaços da Reforma Psiquiátrica.

- A emergência de novas contradições, advindas da ampliação das participações sociais e das famílias nos espaços do CAPS.

- As poucas condições dadas pela realidade objetiva na transformação do modelo de atenção à saúde mental.

- O risco de transformação das idéias da Reforma em um discurso ideológico.

Enfim, são elementos que denunciam a necessidade premente de que novas idéias surjam e impulsionem mudanças sociais que possibilitem a transformação da atenção à saúde mental, para além das práticas de serviço, que possam referendar aspectos culturais da relação com o sofrimento psíquico como aliado às condições de direitos humanos e de cidadania, à compreensão de sujeitos que possuem poder de contratualidades sociais e que possam estar na sociedade com poder de participação e não na condição de tutela ou dominação.

Coloca-se como possibilidade para futuros trabalhos, a investigação do impacto da Reforma Psiquiátrica na sociedade, nos espaços fora dos muros do CAPS, nas academias/universidades, nos outros serviços de saúde, na comunidade, enfim, na sociedade como um todo. Propõem-se investigações que permitam acessar informações de como a Reforma tem sido compreendida pela sociedade, de

como tem ocorrido a inscrição do sujeito com sofrimento psíquico no espaço social (ROTTELI, 2001), já que esse é o principal objetivo da desinstitucionalização.

A reforma da atenção à saúde mental, que há muito vem ocorrendo, é sempre um processo, no qual a ampliação de estudos que buscam compreendê-lo, considerando as diversas facetas das transformações ocorridas e exigidas, torna-se fundamental para que seja possível traçar novos caminhos, a fim de colocar o sujeito com sofrimento psíquico no lugar social que lhe é de direito: na comunidade, no exercício de sua cidadania, na participação social.

## REFERÊNCIAS

---

ALVES-MAZZOTTI, A. J. *O Método nas Ciências Sociais*. In: ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. *O Método nas Ciências Naturais e Sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. Parte II, pp. 107-188. Editora Pioneira, São Paulo, 1998.

ADORNO, Theodor W. *Educação e Emancipação*. Tradução: Wolfgang Leo Maar. Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1995.

AGUIAR, Wanda Maria Junqueira; OZELLA, Sergio. *Núcleos de Significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos*. Revista Psicologia: Ciência e Profissão [on-line], v.26, n.2, Junho, 2006. Disponível na página: [www.scielo.br/scielo](http://www.scielo.br/scielo), acessado em novembro de 2007.

AMARANTE, Paulo. (Org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1994.

\_\_\_\_\_. (Org) *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1995.

\_\_\_\_\_. *O Homem e a Serpente: Outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. 1ª edição, 2ª reimpressão. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2003a.

\_\_\_\_\_. *A (Clínica) e a Reforma Psiquiátrica*. In: Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Moacyr Scliar et al. Coordenação Paulo Amarante, NAU editora, Rio de Janeiro, 2003b.

BASAGLIA, Franco. *A Psiquiatria Alternativa: Contra o Pessimismo da Razão, o Otimismo da Prática*. Ed. Brasil Debates, São Paulo, 1982.

BASAGLIA, Franco e GAGLLIO, Giovana. *Vocação terapêutica e luta de classes: para uma análise crítica do modelo italiano*. In: *A Loucura na Sala de Jantar*. Organização: Jaques M. F. Delgado. CEP. 11045, São Paulo, 1991.

BEZERRA, Benilton. & AMARANTE, Paulo Duarte. (Orgs.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Relume-Dumará, Rio de Janeiro, 1992.

BLANCO, Amalio & CORTE, Luis de la. *Intrroduccion. Psicología social de la violencia: la perspectiva de Ignacio Martin-Baró*. In: Martin-Baró, Ignacio. Poder, ideología y violencia. Trotta, Madrid, 2003.

BRASIL. *Constituição Federal. Da Ordem Social - Seguridade Social*. Pág.131-137, Brasília, Senado Federal, 1988.

BRASIL. *Lei 8080*, de 19 de setembro de 1990. Brasília, Senado Federal, 1990.

BRASIL. *Lei 8142*, de 28 de dezembro de 1990. Brasília, Senado Federal, 1990.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, 2004a.

\_\_\_\_\_. *Legislação em Saúde Mental (1990-2004)*. Brasília, 2004b.

COELHO, Adilson Rodrigues. *A saída do sujeito sem alta médica: a discussão sobre a autonomia e a postura do profissional psicólogo*. Revista Psicologia Ciência e Profissão [on-line], vol.22, no.3, setembro, 2002, p.38-45. Disponível na página: [www.scielo.br/scielo](http://www.scielo.br/scielo), acessado em 24 de Janeiro de 2007.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). *Vinte anos de luta por uma sociedade sem manicômios*. Jornal do Federal, Agosto, 2007.

CORNÉLIO, Renata Reis. *A formulação da decisão no nível estratégico de uma organização pública: um estudo sobre o processo decisório na SMS-RJ*. (Dissertação de mestrado), Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999.

COSTA, Jurandir Freire. *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. 4ª edição, Xenon, Rio de Janeiro, 1989.

COSTA, Luis Arthur; MIZOGUCHI, Danichi H. e FONSECA, Tânia M. Galli. *(Des)Reterritorializando o espaço-tempo da loucura: Uma genealogia espacial*. Revista Psicologia Ciência e Profissão. Conselho Federal de Psicologia, ano 25, nº. 4, Brasília, 2005.

COSTA-ROSA, Abílio. *O modo Psicossocial: um paradigma de práticas substitutivas ao modo asilar*. In: Amarante, Paulo Duarte (Org.). Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2000.

COSTA-ROSA, Abílio; LUZIO, Cristina Amélia; e YASUI, Silvio. *Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva*. In: Amarante, Paulo Duarte (Coord.). Archivos de Saúde Mental e atenção psicossocial. NAU Editora, Rio de Janeiro, 2003.

DELGADO, Jaques Maurício Ferreira. *Reflexões na cidade sem manicômios*. In: \_\_\_\_\_ (organizador) *A Loucura na Sala de Jantar*. CEP. 11045, São Paulo, 1991.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. *Perspectivas da Psiquiatria pós-asilar no Brasil*. In: Tundis, Silvério Almeida e Costa, Nilson do Rosário (org.). *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Vozes, Petrópolis, 2001.

FREIRE, Flávia Helena M. Araújo; UGÁ, Maria Alicia Dominguez; e AMARANTE, Paulo. *Os Centros de Atenção Psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial*. In: AMARANTE, Paulo (Coord.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2*. NAU, Rio de Janeiro, 2005.

HOBBSAWM, Eric. *A era dos extremos: o breve século XX 1914 – 1991*. Tradução: Marcos Santa Rita, Revisão Técnica: Maria Cecília Paoli. Companhia das Letras, São Paulo, 1995.

HORKHEIMER, Max. *Teoria Tradicional e Teoria Crítica*. In: Horkheimer, Max; Adorno, Theodor; e Habermans, Jürgen. *Textos Escolhidos*. Trad: José Lino. Coleção Os Pensadores, Abril Cultural, São Paulo, 1980.

IANNI, Octavio. *A Sociologia e o mundo moderno*. Tempo Social, Revista de Sociologia, N.º1, 1 semestre. USP, São Paulo, 1989.

MANSUR, Marília Coser. *O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 90*. (Dissertação de mestrado) Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de saúde Pública, 2001. Disponível na página [www.scielo.br/scielo](http://www.scielo.br/scielo) Acesso em 18/10/2003.

MARTIN-BARÓ, Ignacio. *Poder, ideología y violencia*. Trotta, Madrid, 2003.

MELO, Marilene Barros de; BRANT, Luiz Carlos. *Ato Médico: Perda da Autoridade, Poder e Resistência*. Revista Psicologia Ciência e Profissão. Conselho Federal de Psicologia, ano 25, nº. 1, Brasília, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Hucitec-ABRASCO, 2ª edição, São Paulo, 1993.

\_\_\_\_\_. (org.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005.

NICÁCIO, Fernanda. Prefácio. In: \_\_\_\_\_. (org). *Desinstitucionalização* (2ª edição). Hucitec, São Paulo, 2001.

OLIVEIRA, Kaithy das Chagas. *Educação para a modernização e privatização: a família e a televisão*. (Dissertação de mestrado), Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Educação, Goiânia, 2007.

RABELO, Ionara Vieira Moura. *Reforma Psiquiátrica e bem-estar: perspectivas e contradições entre trabalhadores de saúde mental no município de Goiânia*. (Dissertação de mestrado), Universidade Católica de Goiás, Faculdade de Psicologia, Goiânia, 2003.

\_\_\_\_\_. *Trabalhadores em saúde mental: relações entre práticas profissionais e bem-estar físico e psicológico*. Revista Psicologia Ciência e Profissão. Conselho Federal de Psicologia, ano 25, nº. 4, Brasília, 2005.

ROMAGNOLI, Roberta. *A formação dos psicólogos e a saúde pública*. Revista Pesquisas e práticas em psicologia, vol. 1, n.º2, São João del-Rei, MG, 2006.

ROTELLI, Franco. *Entrevista com Fanco Rotelli*. In: A loucura na sala de jantar, Org. Jaques M. F. Delgado. CEP: 11045, São Paulo, 1991.

\_\_\_\_\_. *A instituição inventada*. In: Nicácio, Fernanda (org.). *Desinstitucionalização (2ª edição)*. Hucitec, São Paulo, 2001.

ROTELLI, Franco, LEONARDIS, Ota de e MAURI, Diana. *Desinstitucionalização, uma outra via*. In: Nicácio, Fernanda (org.). *Desinstitucionalização (2ª edição)*. Hucitec, São Paulo, 2001.

SAWAIA, Bader B. *O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética inclusão/exclusão*. In: \_\_\_\_\_. (org.). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Vozes, Petrópolis, 2001.

SILVA, Martinho Braga Batista e. *Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental*. Physis. [on-line]. Jan./jun. 2005, vol.15, no.1 Disponível na Web: [www.scielo.br/scielo](http://www.scielo.br/scielo). Acesso em 10 Março 2006, p.127-150.

SIRGADO, Angel Pino. *O social e o cultural na obra de Vigotski*. Revista Educação e sociedade, ano XXI, nº. 71, São Paulo, 2000.

SOUSA, Sônia M. Gomes. *Prostituição Infantil e Juvenil: uma análise psicossocial do discurso de depoentes da CPI*. (Tese de Doutorado), PUC, São Paulo, 2001.

\_\_\_\_\_. *Trabalho Infantil: A negação da infância? Estudo do significado do trabalho para as crianças de camadas populares*. (Dissertação de Mestrado), PUC, São Paulo, 1994.

SOUZA, Waldir da Silva. *A saúde pelo avesso*. Revista Ciência e Saúde Coletiva. Vol. 9, n.º 4, Rio de Janeiro, [on-line], disponível em [www.scielo.br/scielo](http://www.scielo.br/scielo), acessado em: 24/01/2007.

TRAVERSO-YEPEZ, Martha e MORAIS, Normanda Araújo de. *Idéias e concepções permeando a formação profissional entre estudantes das ciências da saúde da UFRN: um olhar da Psicologia Social*. Revista Estudos em psicologia (Natal). [on-line]. Maio/ago. 2004, vol.9, no.2 p.325-333. Disponível na Web: [www.scielo.br/scielo](http://www.scielo.br/scielo). Acesso em 04 de Março de 2006.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. *Serviço social e Interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental*. Rev. Serviço Social e Sociedade 54 (XVIII); 132-157, São Paulo, 1997.

\_\_\_\_\_ *O Campo da Saúde Mental na Perspectiva da Desinstitucionalização, da Cidadania e da Interdisciplinaridade*. In: Vasconcelos, Eduardo Mourão (org.). *Saúde Mental e serviço social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. Cortez, São Paulo, 2000.

VIEIRA FILHO, Nilson Gomes e NOBREGA, Sheva Maia da. *A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social*. IN: *Estudos de psicologia* (Natal). [on-line]. Maio/ago. 2004, vol.9, n.º 2. Disponível na Web: [www.scielo.br/scielo](http://www.scielo.br/scielo). Acesso em 04 de Março de 2006, p.373-379.

VIGOTSKI, Lev Semenovich. *A construção do pensamento e da linguagem* – tradução: Paulo Bezerra. Martins Fontes, São Paulo, 2001.

**APÊNDICES**

## Apêndice A

---

### Texto Base para o Grupo Focal

Amarante (2003) afirma que a Reforma Psiquiátrica deve perpassar por transformações em quatro eixos principais: Político-jurídico, Técnico-assistencial, Teórico-conceitual e sociocultural. Foi a partir da inspiração nessas possibilidades de referencialidade para a efetivação das transformações do modelo de atenção à saúde mental, exigido pela Reforma Psiquiátrica, que se buscou organizar os conteúdos trabalhados nas reuniões pela equipe do CAPS participante desta pesquisa.

Os conteúdos emergentes foram agrupados em 3 grandes temas, os quais se articulam e se inserem nos eixos já definidos por Amarante (2003). São eles: Político-jurídico, Assistência ao usuário e relações interpessoais. Ao campo político-jurídico buscou-se assegurar a compreensão dada pela equipe das transformações legais que vêm ocorrendo em nível nacional e local, no que se refere à política de saúde mental. Ao campo de assistência ao usuário relacionaram-se todas as contribuições e compreensões da equipe com relação à organização do serviço. E, por fim, como campo de relações interpessoais compreende-se todas as formas de trocas e articulações estabelecidas entre a equipe, as quais se pode considerar que estão intrinsecamente relacionadas com os eixos teórico-conceitual e sociocultural de que fala Amarante (2003).

Diante do exposto, em conformidade com a proposta deste estudo, para cada um destes 3 grandes temas foram retirados dos conteúdos das discussões em reunião alguns questionamentos para a discussão com a equipe, a fim de melhor possibilitar a compreensão do objeto de análise.

#### - Político-jurídico:

1. Enfatiza-se a compreensão e o controle de aquisição de recursos financeiros para a saúde mental, com preocupação da equipe em não perder verbas, em manter o controle social ativo para evitar desvios. Tal preocupação está assentada em perspectivas de melhoria ou, pelo menos, manutenção dos serviços. Quais são os aspectos do modelo de serviço CAPS que estão deficitários em Goiânia, de acordo com a legislação?
2. Ficou evidente nas gravações que são vários os espaços de articulação e interação da equipe com outras instâncias. Com algumas instâncias a equipe ressalta a necessidade de realizar discussões sobre política de saúde mental. Quais são as discussões que necessitam ser feitas? E em quais instâncias há evidência de maior necessidade de compreensão das concepções e princípios da reforma Psiquiátrica?

3. Qual é a avaliação que esta equipe faz da proposta e dos caminhos percorridos pela reforma no Brasil e em Goiás.

▪ Assistência ao usuário:

1. Que interferência tem a falta de medicação, de médico, de medicamentos e de estrutura na organização do serviço CAPS, considerando o modelo da Reforma Psiquiátrica?
2. Como a equipe entende que deve ser trabalhada a cidadania do usuário no Serviço CAPS?
3. Muitos usuários buscam o serviço pelo tratamento e mais pelos benefícios (Passe livre, Aposentadoria, almoço). Tenta-se vincular os benefícios à adesão ao tratamento. Qual é o significado dessa ação para a equipe?
4. Em determinadas situações é exigida maior experiência para lidar com o caso ou projetos específicos. Que experiência é essa? Há um indicativo de ideal de perfil para ser trabalhador de CAPS?

▪ Relações interpessoais:

1. Como a equipe tem vivenciado as relações de poder nesse serviço?
2. Há uma preocupação em que seja “falada uma mesma língua” para que haja a credibilidade do usuário no serviço ou nas ações desenvolvidas. Quais os aspectos fundamentais para que uma equipe fale uma mesma língua?

## Apêndice B

---

### Modelo do Quadro de Sistematização das informações

<b>Pré - temas indicadores</b>	<b>Político-jurídico</b>	<b>Assistência ao usuário</b>	<b>Relações interpessoais</b>
<b>Rede de saúde mental</b>	-Discurso na primeira pessoa (Nós, eu) = Saúde mental	- Pouca participação de pessoas nos espaços de discussão (fórum goiano de saúde mental).	- Dificuldade de comunicação com instâncias fora do “nós” da saúde mental: “Ele fez uma fala horrorosa, como sempre”
<b>Gestão Municipal</b>	- “Falta vontade política”,	- “Vem tudo de cima pra baixo, nada está sendo discutindo com a gente”.	- Dificuldade de comunicação com a gestão
<b>Gestão Local (CAPS)</b>	- Sem referência.	“Eu não acho justo e nem correto só os gestores chegar e colocar os limites pra ela”	- “A gente traz tudo pra decidir em equipe”,
<b>Usuário dos serviços</b>	- Não há referência ao usuário, o mesmo não é incluído no discurso em primeira pessoa (eu e nós).	- A palavra paciente é sempre utilizada pelo médico. - O restante da equipe utiliza com frequência pessoa, usuário; e fala paciente quando se refere a procedimentos médicos.	- “É um público que a gente tem que empurrar mesmo”
<b>Trabalhadores / profissionais</b>	- O profissional se identifica com a saúde mental “(...) e garantir alguma coisa pra gente (...)” “Eu só queria o dinheiro do CPMF” .	-“O usuário não fica sem o médico” - O técnico está falando algo que o usuário nem sabe o que é.	- Dificuldade comunicação (falas interrompidas, dificuldade pra ouvir, alterações no tom de voz, defesas eloqüentes de pontos de vista)
<b>Família</b>	- Não houve referência	- “Eu já conversei com a irmã pra não deixar ela sozinha com o filho” (aliada no tratamento?)	- Maior confiança no que o usuário diz: “eu acho que elas pegaram esse dinheiro aí e ó”.

## Anexo