

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM – FFOE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

JAQUELINE QUEIROZ DE MACEDO

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS SOBRE A
PRÁTICA EM SAÚDE MENTAL: pressupostos, ressignificação e
satisfação profissional

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Violante Augusta Batista Braga

Fortaleza – CE

2011

JAQUELINE QUEIROZ DE MACEDO

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS SOBRE A
PRÁTICA EM SAÚDE MENTAL: pressupostos, ressignificação e
satisfação profissional**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Grupo de Pesquisa Políticas e Práticas de Saúde (GRUPPS)

Linha de Pesquisa: Enfermagem e as Políticas e Práticas de Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Violante Augusta Batista Braga

Fortaleza - CE

2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- M122r Macedo, Jaqueline Queiroz de.
 Representações sociais dos profissionais sobre a prática em saúde mental : pressupostos, ressignificação e satisfação profissional / Jaqueline Queiroz de Macedo. – 2011.
 140 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2011.
 Área de Concentração: Enfermagem e as Políticas e Práticas de Saúde
 Orientação: Profa. Dra. Violante Augusta Batista Braga.
1. Saúde Mental. 2. Prática Profissional. 3. Serviços Comunitários de Saúde Mental. 4. Promoção da Saúde. I. Título.

CDD 610.7368

JAQUELINE QUEIROZ DE MACEDO

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS SOBRE A
PRÁTICA EM SAÚDE MENTAL: pressupostos, ressignificação e
satisfação profissional**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem –
Mestrado, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade
Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em
Enfermagem.**

Data de aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dr^a. Violante Augusta Batista Braga
Universidade Federal do Ceará - UFC
Presidente

Prof^a. Dr^a. Maria de Nazaré de Oliveira Fraga
Universidade Federal do Ceará - UFC
Membro Efetivo

Prof^a. Dr^a. Maria Dalva Santos Alves
Universidade Federal do Ceará - UFC
Membro Efetivo

- Esta dissertação está inserida na Linha de Pesquisa 'Enfermagem e as Políticas e Práticas de Saúde' do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

- Apoio Financeiro: Programa Reuni de Orientação e Operacionalização da Pós-Graduação Articulada à Graduação (PROPAG-REUNI)

**“A nossa felicidade será naturalmente
proporcional em relação à felicidade
que fizermos para os outros.”**

André Luiz (psicografia de Chico Xavier)

AGRADECIMENTOS

A Deus pela força e proteção com que guarda minha vida.

À minha família, representada pela figura de minha mãe, Miriam Q. de Macedo que com sua força e exemplo orienta e guia os meus passos.

À Anderson Alves de Lima, meu namorado, pelas horas dedicadas e o carinho concedido nesse período de distância física

À Prof.^a Dr.^a Violante Augusta Batista Braga, especialmente, que com competência, amizade, paciência e orientação me direcionou os passos para consecução dos objetivos, no ensino da docência e da pesquisa. Obrigada pela confiança com a qual me acolheu desde o início deste ciclo que se completa!

Ao GRUPPS pelo acolhimento, incentivo, companheirismo, carinho e inestimáveis orientações.

Aos membros da banca pelas oportunas contribuições a essa dissertação e, particularmente, a Dr.^a Ângela Maria Alves e Souza, pelas conversas, livros e exemplo de otimismo; a Dr.^a Maria Dalva Santos Alves, pelo tempo, direcionamentos e possibilidades oferecidas; e a Dr.^a Maria de Nazaré de Oliveira Fraga, pelo compartilhamento de sua experiência e conhecimentos.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da UFC pela abertura, orientações e o ensino de alto nível.

À Débora Moreira e Islane Ramos, representando os demais colegas deste mestrado, o agradecimento pelo companheirismo, bom humor e incentivo sempre presentes.

Aos profissionais dos serviços que gentilmente aceitaram e se disponibilizaram a participar desta pesquisa.

Ao Hospital-Dia “Lugar de Vida” por ter me permitido conhecer suas práticas e vivenciar, um pouco, o cotidiano da Saúde Mental.

Ao Programa Reuni de Orientação e Operacionalização da Pós-Graduação Articulada à Graduação pelo apoio concedido para efetivação deste mestrado.

Aos amigos de Fortaleza-CE, representados pelo Centro espírita Grão de Mostarda pelo acolhimento e amizade que foram verdadeiros laços de amizade.

Aos meus amigos pela presença constante, entendendo a minha ausência.

E, novamente, a Deus, por ter me propiciado todas essas conquistas.

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo geral conhecer as representações sociais do profissional de saúde sobre a prática nos novos serviços de saúde mental de um município da Paraíba. Buscou-se caracterizar o grupo pesquisado quanto aos aspectos pessoais, sociodemográficos e profissionais; apreender as representações sociais da equipe técnica sobre a atuação profissional no novo modelo de atenção em saúde mental; interpretar as representações sociais da equipe técnica com base nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa e tipologia descritiva e exploratória, fundamentada no suporte teórico-metodológico da Teoria das Representações Sociais. O estudo foi realizado em três Centros de Atenção Psicossocial, um infantil, um geral e um álcool e outras drogas, da cidade de Campina Grande-PB. Integraram a pesquisa sujeitos que compunham a equipe técnica de nível superior. O material empírico foi obtido por meio roteiro de entrevista estruturada de dados sociodemográficos, do Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) e do grupo focal e analisado com base no processo de categorização temática. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e seguiu os preceitos éticos e legais da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados apontam similaridades quanto aos aspectos de formação e estímulo à consecução de conhecimentos relacionados às transformações na saúde mental e discussão das práticas existentes; por outro lado, é notória a precariedade dos vínculos empregatícios, a falta de apoio dos gestores, inclusive quanto ao aspecto financeiro. Com relação à dinâmica de funcionamento, os resultados apontam que os serviços estão acolhendo as pessoas em sofrimento mental, a partir da especificidade de cada demanda. Mas, simultaneamente, põem em evidência as implicações relativas às condições de trabalho na área e ao frágil suporte social fornecido à demanda de saúde mental. Com base nas representações sociais sobre a prática nos novos serviços de saúde mental, percebe-se que alguns dos preceitos da Reforma Psiquiátrica estão sendo contemplados no cotidiano dos serviços, destacando-se: o trabalho em equipe interdisciplinar; o acolhimento à clientela, respeitando-se sua singularidade e individualidade; oferta de outras formas de abordagens, que não a medicamentosa. Concluímos que as representações sociais dos profissionais aparentam ter incorporado termos que enfocam mudanças epistemológicas na produção das práticas, além de estarem pautadas em saberes que fomentam novas formas de abordagem, ampliando as intervenções, de modo que o indivíduo possa se apropriar de mecanismos que permitam a condução com mais autonomia de sua própria vida no cotidiano. Este estudo não esgota a possibilidade de futuras pesquisas sobre a temática, e espera-se que possa auxiliar em estudos acerca da prática profissional em saúde mental dentro de novo paradigma definido nas políticas públicas de saúde e saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental. Prática profissional. Serviços Comunitários de Saúde Mental. Promoção da saúde. Representações sociais.

ABSTRACT

This research was aimed to know the social representations of health professionals about the practice in the new mental health services in a Paraíba's city. We sought to characterize the group surveyed about the personal aspects, socio-demographic and professional; apprehend the social representations of the technical team on the professional activities in the new model of mental health care; interpret the social representations of the technical team based on the assumptions of the Psychiatric Reform. It is a qualitative research approach and type descriptive and exploratory, based on theoretical-methodological support of the Theory of Social Representations. The study was conducted in three Psychosocial Care Center, for children, general and alcohol and other drugs, in the city of Campina Grande-PB. Integrated the study professional with the university level. The empirical material was obtained through Structured interview for demographic data, Testing of Free Association of Words and focus group. The project was approved by the Research Ethics Committee, and followed the ethical and legal resolution 196/96 of National Health Council. The results show similarities on the issues of training and encouraging the pursuit of knowledge related to changes in mental health and discussion practices; the other hand, it is clear that the precariousness of employment contracts, including the financial aspect. With respect to dynamic operation, the results indicate that services are welcoming people in mental distress, from the specificity of each demand. But at the same time highlight the implications for working conditions in the area and the fragile social support provided to the demand for mental health. Based on the social representations about the practice in the new mental health services, we realized that some of the principles of psychiatric reform are being put into practice in everyday services, including: teamwork, interdisciplinary; welcoming customers, respecting uniqueness and individuality; offering other forms of approaches than drugs. We concluded that the social representations of the professionals seem to have incorporated terms that focus on epistemological changes in production practices, and are guided into knowledge that promote new approaches, expanding the interventions, so that the individual can appropriate mechanisms for the management of your everyday life. This study doesn't exhaust the possibility of future research on the subject, and it is expected to assist in studies of profession practice in mental health set into new paradigm in public health policies and mental health.

KEY-WORDS: Mental health. Professional Practice. Community Mental Health Services. Health Promotion. Social representation.

RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo general conocer las representaciones sociales del profesional de salud sobre la práctica en los nuevos servicios de salud mental de uno municipio de Paraíba. Se buscó caracterizar el grupo analizado cuanto a los aspectos personales, sociodemográficos e profesionales; aprehender las representaciones sociales de la equipo técnica sobre la actuación profesional en el nuevo modelo de atención en salud mental; interpretar las representaciones sociales de la equipo técnica con base en los presupuestos de la Reforma Psiquiátrica. Es una investigación con abordaje cualitativa y topología descriptiva y exploratoria, fundamentada en el soporte teórico-metodológico de la Teoría de las Representaciones Sociales. El estudio fue realizado en tres Centros de Atención Psicosocial, uno infantil, uno general y uno alcohol y otras drogas, de la ciudad de Campina Grande-PB. Integraran la investigación sujetos que componían la equipo técnica de nivel superior. El material empírico fue obtenido por medio de guión de entrevista estructurada de datos sociodemográficos y del Grupo focal, del Teste de Asociación Libre de Palabras (TALP) y del grupo focal. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, los preceptos éticos y legales de la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud. Los resultados demuestran similitudes cuanto a los aspectos de formación y estímulo a la consecución de conocimientos relacionados a las transformaciones en la salud mental y discusiones de las prácticas existentes; por otro lado, es notorio la precariedad de los vínculos de empleo, la falta de apoyo de los gestores incluso cuanto a los aspectos financieros . Con relación a la dinámica de funcionamiento, los resultados indican que los servicios están acogiendo las personas en sufrimiento mental, a partir da especificidad de cada clientela. Pero, simultáneamente, pone en evidencia las implicaciones relativas a las condiciones de trabajo en el área y al frágil soporte ofrecido socialmente à demanda de salud mental. Con base en las representaciones sociales sobre la práctica de nuevos servicios de salud mental, se nota que algunos de los preceptos de la Reforma Psiquiátrica están siendo contemplados en el cotidiano de los servicios, se destacando: el trabajo en equipo interdisciplinar; el acogimiento a la clientela, respectándose su singularidad e individualidad; oferta de otras formas de abordajes, que no sean medicamentos. Concluimos que las representaciones sociales de los profesionales aparentan tener incorporado termos que enfocan mudanzas epistemológicas en la producción de las prácticas, además de que están pautadas en saberes que fomentan nuevas formas de abordaje, extendiendo las intervenciones, de modo que el individuo pueda se apropiar de mecanismos que permitan la administración de su propia vida en el cotidiano. Este estudio no agota la posibilidad de futuras investigaciones sobre el tema, y se espera que ayude en los estudios de la práctica profesional en salud mental en el nuevo paradigma definido en las políticas de salud pública y salud mental.

PALABRAS-CLAVE: Salud Mental. Practica Profesional. Servicios Comunitarios de Salud Mental. Promoción de la Salud. Representaciones sociales.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Representações sociais do grupo pesquisado sobre a prática profissional em saúde mental	71
Figura 2: Sub-categorias decorrentes dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica ..	73
Figura 3: Ressignificação de conceitos: “respeito às diferenças”	100
Figura 4: Fatores que influenciam a satisfação profissional	106

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	13
2 OBJETIVOS	22
2.1 Geral	22
2.2 Específicos	22
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	23
3.1. Breve resgate histórico sobre a loucura	23
3.2 Considerações sobre a Política Nacional de Saúde Mental	25
3.3 Atenção nos novos serviços de saúde mental: que práticas são essas? ..	36
3.4 A Teoria das Representações Sociais (TRS)	42
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	46
4.1 Métodos de Abordagem e de Procedimento	46
4.2 Cenário da Pesquisa	46
4.3 Participantes do estudo	49
4.4 Aspectos Éticos	50
4.5 Técnicas de produção do material empírico	51
4.6 Tratamento, análise do material empírico e apresentação dos resultados.	58
5 A PRÁTICA NOS NOVOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DE CAMPINA GRANDE/PB – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS	60
5.1 Caracterização dos Participantes do Estudo.....	60
5.2 Representações Sociais sobre a Prática Profissional – da associação livre de palavras ao grupo focal.....	64
5.3 Atuação em saúde mental versus minha atuação em saúde mental	64
5.4 Representações Sociais dos profissionais sobre a prática nos CAPS	70
6 PRESSUPOSTOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	72
6.1 Tecnologias psicossociais	73

6.2 Rede de atenção à pessoa em sofrimento	78
6.3 Prática interdisciplinar	86
6.4 Reinserção comunitária	90
6.5 Necessidade de apoio familiar	94
7 RESSIGNIFICAÇÃO DE CONCEITOS	99
7.1 Elementos para saúde mental	100
7.2 Reconstrução do sujeito	102
8 FATORES QUE INFLUENCIAM A SATISFAÇÃO PROFISSIONAL	104
8.1 Limites à satisfação	106
8.2 Estímulos à satisfação	117
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
10 REFERÊNCIAS	126
APÊNDICES	137
ANEXOS	141

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A reformulação das políticas de saúde no Brasil, iniciada com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), tem obtido importantes avanços legais. No campo da atenção à saúde mental, entretanto, ainda se mantém no país um modo hegemônico de produzir serviços médico-sanitários, marcado pelo hospitalocentrismo, baseado no modelo biomédico, assistencialista, com hegemonia da assistência privada e centrado na mercantilização da loucura (BRASIL, 2005a).

Legalmente, a Política de Saúde Mental, posta em prática por meio da Reforma Psiquiátrica brasileira, teve seu início marcado com a elaboração do Projeto de Lei 3.657, do deputado federal Paulo Delgado, finalmente transformado na Lei 10.216, onze anos depois, em abril de 2001. A referida Lei dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios, sua substituição por novas modalidades de atendimento e regulamenta a internação compulsória. Todavia, transitar da dimensão jurídico-política para a sociocultural, envolve um processo social complexo, pois se faz necessário modificar ações, pensamentos e relações sociais (AMARANTE, 2007).

A Reforma Psiquiátrica pode ser entendida como um processo histórico de formulação crítica e prática, com objetivos e estratégias direcionadas ao questionamento e elaboração de propostas que visam transformar o modelo clássico e o paradigma da psiquiatria, centrada na doença e não na pessoa em sofrimento. Com isso, o objeto da saúde mental deixa de ser a doença e volta-se para a pessoa em sofrimento mental inserida em seu contexto social (AMARANTE, 2007).

De acordo com a Declaração de Caracas, proclamada pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1990, os hospitais psiquiátricos isolam o usuário do seu meio social, não promovem aprendizagem, afrontam direitos civis e humanos (é importante destacar que parte dessa modalidade de internações é realizada de forma compulsória), requerem recursos humanos e financeiros que poderiam ser empregados em serviços de promoção da saúde mental, em processos de emancipação dos que se encontram em sofrimento psíquico (BRASIL, 2005a).

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica organiza-se com base nos pressupostos da Reforma Sanitária e da Psiquiatria Democrática Italiana, considerando a dimensão desinstitucionalizante desses movimentos, com vistas à desconstrução do modelo manicomial (OLIVEIRA; FORTUNATO, 2003).

No Movimento de Antipsiquiatria italiano, alguns elementos foram essenciais para colocar em questão os fundamentos da instituição psiquiátrica. Dentre eles, destacam-se a construção de um novo modo de entender saúde, doença, normalidade e loucura a partir da destruição de uma prática anterior. O Movimento não se limitou a criar novos serviços, mas, a garantir, além de locais de assistência, oportunidades de relacionamento com a luta pela mudança social, contra a institucionalização dos espaços e da sociedade, que remete a um constante processo de mudança que questiona normas e papéis; o respeito à diversidade que deve ser vista como meio de enriquecimento cultural e da vida, a partir do qual podem surgir transformações (AMARANTE, 2007).

O processo de desinstitucionalização da psiquiatria brasileira, enquanto conhecimento estruturado a partir da inversão de paradigma, inscreve-se na contração do projeto hegemônico dominante e sua efetivação requer mudança estrutural e ações conjuntas a partir da noção ampliada de saúde (GUIMARÃES et al, 2001).

Todavia, para que ocorra efetivamente o movimento de Reforma Psiquiátrica urge um processo de mudança cultural para a sociedade brasileira, no que diz respeito à revisão dos aparatos científicos, administrativos, jurídicos e éticos, relacionados com o transtorno mental.

Diversas estratégias de reversão do modo de operar as práticas em saúde mental têm sido concebidas e implementadas, visando à obtenção de uma reorganização da assistência e à substituição e reestruturação do modelo vigente de atenção.

Atualmente, buscam-se novas formas de conceber a assistência às pessoas com transtornos mentais, através da construção de uma rede de cuidados substitutiva, composta por serviços agenciadores e estratégicos, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços de Residências Terapêuticas (SRTs); hospitais-dia; lares protegidos; o Programa de Volta para Casa; serviços de urgência e emergência em saúde mental; leitos em hospitais gerais (BRASIL, 2005a).

O surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) é de fundamental importância para consolidar a substituição do hospital psiquiátrico no país (BRASIL, 2005a). Através dos CAPS, o indivíduo com transtorno mental realiza consultas e diversos tipos de atendimentos terapêuticos; realiza atividades de integração, desenvolvimento psicossocial e iniciativas voltadas para a família e o cotidiano dos

seus usuários. Estes são serviços estratégicos que atendem diversas demandas, por isso são classificados em CAPS geral, para população adulta, CAPS infantil, para atendimento a menores de 18 anos, CAPS álcool e outras drogas, para atenção a dependentes químicos.

Apesar dos avanços obtidos na implantação da Reforma Psiquiátrica, inúmeros desafios precisam ser superados, pois a rede de atenção psicossocial, ainda se encontra em baixa cobertura nacional. Merece destaque os dispositivos de atenção, como: o Programa Volta para Casa (PVC), Serviços Residenciais Terapêuticos, leitos de psiquiatria em hospitais gerais (BRASIL, 2010).

Com relação à criação dos serviços substitutivos e estratégias para a desinstitucionalização, a região Norte do Brasil é aquela na qual esses indicadores estão mais insatisfatórios, com cobertura de Centros de Atenção Psicossocial de 0,38 CAPS/ 100.000 habitantes, seguida pela região Centro-oeste (0,48 CAPS/100.000 habitantes). A região Sudeste destaca-se por apresentar maior número de beneficiários do PVC (65,6%) do País, todavia, esse índice ainda é inferior ao necessário, pois no conceito nacional, apenas 1/3 das pessoas internadas, em longa permanência, estão beneficiadas. Na região Sul, existe a maior quantidade de leitos de psiquiatria em hospitais gerais (43,5%). Destacam-se alguns estados do Nordeste, como a Paraíba, cuja cobertura ultrapassa o indicador CAPS/100.000 habitantes, sendo 1,19 e 1,11, respectivamente (BRASIL, 2010).

A presença de serviços substitutivos ao modelo manicomial está pautada na cidadania e ética, que superam a cidadania social e a ética política da responsabilidade liberal, voltadas apenas para a reciprocidade entre direitos e deveres, buscando, segundo Almeida e Escorel (2001), uma cidadania que, somada à subjetividade emancipatória, seja nova e esteja atenta às outras formas de exclusão social.

Entretanto, a concretização das novas práticas de atenção à saúde tem sido um desafio, não só para os gestores públicos, como também para a população brasileira, a qual tem buscado atingir um patamar qualificado de atenção à saúde. No modelo de atenção proposto pelo novo paradigma – o psicossocial, que se configura com a Reforma Psiquiátrica brasileira, a atuação é, agora, focada em uma equipe transdisciplinar, na qual há um equilíbrio maior entre as relações profissionais e com o usuário, propiciando maior intercâmbio de informações e envolvimento entre si e com os usuários, fornecendo uma melhor qualidade na atenção.

Contudo, diversos desafios se interpõem na atenção ao usuário devido ao processo de transição que os próprios profissionais estão experienciando com a necessidade de transformar a prática da atuação profissional pautada pelo modelo teórico da instituição asilar para o que está sendo fundamentado pela Reforma Psiquiátrica, através da atenção psicossocial e da desinstitucionalização.

Como enfermeira, preocupada com a transição que a Reforma Psiquiátrica está ocasionando na atenção em saúde mental, percebo que os profissionais, muitas vezes, estão realizando sua atuação profissional sem pensar a respeito da prática que está sendo desenvolvida.

Assim, a reflexão sobre o processo de transformação da atuação em saúde mental, possibilitada pela Reforma Psiquiátrica, é meu estímulo maior, uma vez que o interesse na área, como enfermeira e cidadã, decorre da aproximação proporcionada pelo envolvimento em estudos realizados durante a graduação, como aluna da iniciação científica, e no mestrado. A partir dessas iniciativas houve a oportunidade de analisar o processo de implantação dos serviços substitutivos em Campina Grande, Paraíba, cidade referenciada pelo Ministério da Saúde como modelo no processo de transição da atenção focada no hospital psiquiátrico para a fornecida nos novos serviços, devido à desativação da instituição asilar pública e conseqüente criação da rede substitutiva de atenção à saúde mental (BRASIL, 2005a).

Alguns estudos, entre eles MACEDO, SILVEIRA (2009) MACEDO, SILVEIRA, EULÁLIO(2009) fizeram-me perceber que o processo de Reforma Psiquiátrica se encontrava em etapa de fundamentação dos pressupostos teóricos. A inserção nos serviços substitutivos, por meio das atividades docentes realizadas no mestrado permitiu verificar as práticas de atenção e o modelo teórico no qual os profissionais pautavam sua atuação, e como a sociedade ainda necessita entender e aceitar a desinstitucionalização e a pessoa com transtorno mental reintegrada e reinserida nos liames da comunidade.

A reorientação das práticas de atenção à saúde mental para a construção de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico remete, antes de qualquer intervenção, à abertura do território para a recepção desse novo modelo de atenção e dos atores envolvidos neste processo de transformação. Isto direciona o olhar para a necessidade de um trabalho social de mudança de paradigma, o qual possa aceitar e fornecer oportunidade e lugar às pessoas em sofrimento psíquico.

A reorientação da assistência às pessoas com transtorno mental está se voltando para serviços especializados e outros de base comunitária. Deste modo a atenção fornecida dependerá, dentre outros fatores, dos profissionais atuantes na área, sendo eles importantes instrumentos de implementação da Reforma, transformando a prática, ora, ainda, dominante, voltada para a doença e não para a pessoa em sofrimento.

Além disso, os profissionais dos novos serviços, muitas vezes, têm uma formação em que não foram abordados os aspectos da Reforma Psiquiátrica e da reabilitação psicossocial, como aponta pesquisa realizada por Kirschbaum e Paula (2002) em dois serviços substitutivos, ao constatarem as dificuldades de aplicação do conhecimento à prática. Existem capacitações na área da saúde mental e as orientações das instâncias políticas e governamentais, contudo, a mudança ou a direção da prática profissional para os princípios do paradigma da atenção psicossocial, defendido pela Reforma Psiquiátrica, supera o campo jurídico-político, significando uma transição de concepções e valores sociais, que estão imbricados em cada indivíduo do corpo social.

Concordamos com Saraceno (2001) quando afirma que a reabilitação psicossocial pauta-se em uma abordagem ética da saúde mental pelos próprios profissionais, que, contudo, não estão totalmente capacitados, uma vez que esse processo envolve o exercício total de cidadania entre todos os envolvidos, incluindo usuários, familiares.

Atualmente, vem se realizando diversos estudos que têm os profissionais da rede de saúde mental como objeto de investigação, mas, as pesquisas com esse foco ainda estão sendo construídas, por se tratar de um campo em transição (SILVA et al, 2004; RIBEIRO, 2005; PRANDONI; PADILHA, 2006; MUCCI et al, 2008; CARVALHO; BOSI; FREIRE, 2008).

Em estudo realizado por Gall e colaboradores (2003) foi apontada a necessidade de treinamento dos enfermeiros, como elemento essencial para a mudança na prática com os cuidadores de pessoas com transtorno mental. A pesquisa aponta as necessidades que o cuidador de pessoas com esquizofrenia apresenta a partir de um treinamento oferecido para enfermeiras que trabalham com esses usuários. É apontada a mudança no olhar desses profissionais para com os cuidadores, vislumbrando a necessidade de um trabalho colaborativo de modo que se possa perceber as necessidades dessas pessoas.

Hirdes (2009) pontua que os profissionais em saúde mental estão atuando a partir de concepções coerentes com o modelo hegemônico, cujo objeto de trabalho é o indivíduo e sua doença, devido a práticas e intervenções tradicionais. Desse modo, as práticas voltadas para a vida dessas pessoas com transtorno mental, além de pouco significativas, estão baseadas no conhecimento proveniente da própria atuação e do senso comum. Assim, faz-se necessário a reflexão sobre os processos de atuação da equipe dos serviços, oferecendo subsídios para proporcionar a fundamentação de novos saberes e práticas, bem como a participação dos profissionais como atores dessa transformação.

Desenvolver uma atuação profissional que concorde com os princípios e preceitos da Reforma Psiquiátrica tem nuances macroestruturais, destacando-se: a atenção com o usuário do serviço e seus familiares, na perspectiva da construção da autonomia para independência e emancipação e dependência das relações sociais e familiares, objetivando a percepção e criação de laços e a necessidade disso para a vida em sociedade; e as práticas com os demais profissionais, que, nessa perspectiva, devem se articular em uma rede de trabalho co-participativa na realização das atividades do serviço e na percepção de cada usuário, para que este possa ser percebido em sua integralidade, desenvolvendo atividades que possam ser, além de terapêuticas, reabilitadoras.

Historicamente, os serviços psiquiátricos se caracterizam pela supremacia do saber médico, justificado pela maneira de tratar a pessoa através do corpo, pela medicalização, e de entendê-la pelo diagnóstico, reduzindo-a à doença. Neste modelo, os demais saberes não têm espaço e, muito menos, a pessoa em sofrimento mental, a qual deve ser passiva ao que lhe for imposto (OLIVEIRA; FORTUNATO, 2003).

O desafio da Reforma Psiquiátrica é o de produzir um modelo de atenção, que amplie o modo de lidar com a loucura, o lugar da pessoa com transtorno mental e as relações profissionais, tendo como pressupostos ressocialização, cidadania, escuta, trabalho comunitário, matriciamento, clínica ampliada, cuidado psicossocial, responsabilidade profissional.

Para a Reforma Psiquiátrica as relações entre as categorias profissionais devem se interligar e articular, mutuamente, produzindo serviços cujas práticas se caracterizem pela transversalidade dos saberes. Os serviços substitutivos são compostos por classes profissionais que o tornam multidisciplinares. Deste ponto,

para que ocorra a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade requerida, há a necessidade de reforma, não apenas de saberes, mas, de práticas e modos de perceber a saúde mental (BRASIL, 2005a).

Com base no exposto, destaca-se o interesse em participar do processo de reflexão sobre o modelo de atenção em saúde mental atual, procurando contribuir para o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica. Para isso, este estudo se situa nas bases do conhecimento das representações sociais, devido à identificação de um campo de investigação que necessita ser explorado, a prática profissional em saúde mental. Para se apreender a prática profissional em suas instâncias mais enraizadas que justificam e pautam as ações, a representação que fornece para sua atuação, reflete como se insere na transição do modelo de atenção em saúde mental.

A atuação profissional supera a mera realização de programas e rotinas do serviço e amplia-se para o modo como são concebidas e realizadas pelos profissionais. O modo como ocorrem essas práticas representa o modelo teórico que o profissional detém e que é refletido em suas ações, olhares e palavras. Deste modo, questiona-se: qual(is) a(s) representação(ões) social(is) dos profissionais de nível superior que atuam nos serviços de saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico sobre a sua atuação profissional? A representação que o profissional de nível superior tem da prática profissional relaciona-se com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica?

Este estudo se embasa na necessidade de uma atenção de qualidade, a partir da reflexão sobre o impacto da Reforma Psiquiátrica na transformação da assistência nos serviços substitutivos na área da saúde mental. O estudo sobre a atuação profissional dentro do próprio serviço levará à reflexão sobre o processo de transformação da atenção em saúde mental, com base nos pressupostos das políticas públicas de saúde e de Saúde Mental.

Estudo realizado por Leão e Barros (2008), que buscou encontrar as concepções dos trabalhadores de saúde mental sobre o novo modelo de atenção fornecido pelos CAPS, com o foco nas práticas de inclusão social, verificou a existência de uma transição dos modelos teóricos apontados nos discursos, que ocorreu por meio da compreensão das práticas representativas do paradigma da psiquiatria, das possibilidades de atuações profissionais fundamentadas no modelo psicossocial e nas práticas interdisciplinares. Nessa perspectiva, a análise das representações dos profissionais sobre a sua atuação no serviço de saúde mental

pode auxiliar positivamente na avaliação das ações, seguido da realidade na qual os atores desenvolvem a atenção às pessoas com sofrimento mental.

No âmbito das representações sociais, a determinação do objeto de pesquisa ocorre em duas etapas, primeiro a determinação do fenômeno e, em seguida, a sua transformação para objeto de pesquisa, em um mecanismo de simplificação em que se facilita a representação por meio do valor que o permeia e da relevância social e acadêmica (COUTINHO, 2003).

O objeto desta pesquisa refere-se à transição das práticas profissionais nos novos serviços de saúde mental, apreendidas através das representações sobre a atuação profissional. Sua escolha deve-se ao interesse representado por várias facetas, entre elas: o desenvolvimento de uma prática profissional livre de estigmas, preconceitos e fechamentos conceituais dominantes; a autonomia da pessoa com transtorno mental; constituição de um novo paradigma de atenção; a reabilitação psicossocial; as relações entre as classes profissionais e a carga social da loucura que permite o surgimento de processo de representação.

Uma vez que, a atuação profissional é o campo aberto para o espaço das relações entre os profissionais e entre esses e os usuários do serviço, esse estudo embasa-se na contribuição que a Teoria das Representações Sociais (TRS) fornece para a compreensão da dinâmica da atuação dos profissionais de nível superior, que constituem os profissionais, nos serviços substitutivos em saúde mental.

A escolha desta teoria deve-se, também, por trabalhar com valores, ideologias socialmente elaboradas e disseminadas que constroem a realidade comum de um grupo social e devido à representação contribuir “para os processos de formação de condutas e de orientação das comunicações sociais” (MOSCOVICI, 1978, p.77) que estão totalmente relacionados com a atuação profissional em saúde mental.

Com relação à relevância acadêmica, o estudo pretende fornecer subsídios que contribuam com a análise das práticas profissionais de serviços pautados em novas formas de atender em saúde mental. Para Campos (2001) um modelo de atenção só pode ser construído ou avaliado a partir de resultados de pesquisas, estratégias, relatos de experiências, idéias e perspectivas de diversos grupos de interesse.

Pela demanda de reformulação da assistência à pessoa com transtorno mental, os resultados da pesquisa devem contribuir para instruir, também, propósitos e ações voltadas para a melhoria da atenção à saúde mental.

Ainda no âmbito acadêmico, o desenvolvimento do estudo possibilitará a obtenção do grau de mestre, além de dar continuidade a pesquisas já desenvolvidas na área, anteriormente, não se constituindo, portanto, em um projeto estanque, mas, que propicia uma acumulação teórica e construção do conhecimento na área.

No que concerne à relevância social, a proposta apóia-se nas estatísticas da Organização Pan-Americana de Saúde, segundo as quais quatrocentos milhões de pessoas, no mundo, sofrem de perturbações mentais e neurológicas ou problemas psicológicos (OPAS, 2000). Além do sofrimento e da falta de cuidado, essas pessoas vivenciam o estigma, a vergonha e a exclusão. Dados da Organização Mundial de Saúde informam que, segundo estimativas, uma em cada quatro famílias tem pelo menos um membro que apresenta atualmente um transtorno mental ou comportamental (OMS, 2002).

Quanto à viabilidade técnica e operacional, venho realizando investigações no campo da saúde mental, com acesso a dados, campo da pesquisa e contato com profissionais da área, o que tornou a realização da investigação exequível. Os custos são baixos e a verba disponibilizada pelo Programa REUNI (Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais) de Orientação e Operacionalização da Pós-Graduação Articulada à Graduação (PROPAG) forneceu cobertura financeira suficiente para realização do estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Conhecer as representações sociais dos profissionais de saúde sobre a prática nos novos serviços de saúde mental.

2.2 Específicos

- caracterizar o grupo pesquisado quanto aos aspectos pessoais, sociodemográficos e profissionais;

- apreender as representações sociais sobre a atuação profissional no novo modelo de atenção em saúde mental;

- interpretar as representações sociais dos profissionais com base nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A atuação profissional em saúde mental envolve múltiplos aspectos que, para serem entendidos, necessitam de uma fundamentação sobre a loucura, em seu sentido histórico. Por esse motivo, de início será traçada uma breve retrospectiva desse fenômeno para que se compreendam os desafios que a transição da prática profissional na saúde mental envolve. Em seguida, serão abordados aspectos relevantes da Política Nacional de Saúde Mental e a prática profissional nos serviços substitutivos. Pretendemos, por meio de aprofundamento sobre a temática, apontar limitações e contribuições decorrentes de pesquisas realizadas sobre o assunto.

3.1. Breve resgate histórico sobre a loucura

A medicina psiquiátrica foi, em conjunto com o movimento sanitário, desde o século XIX, o método de força para disciplinarização através do saber técnico e científico. O símbolo da história da psiquiatria no Brasil foi a criação do primeiro hospício em 1841, chamado Hospício Pedro II, construído quando da chegada da Família Real ao país, o qual, em 1890, após uma série de reivindicações da classe médico-psiquiátrica, é desvinculado da Santa Casa de Misericórdia e passa a ser subordinado à administração do Estado, chamando-se Hospital Nacional de Alienados (AMARANTE, 1994a; VECHI, 2004). Mais de um século após a reforma pineliana e a consolidação da loucura como doença mental é que o Brasil, inspirado no exemplo europeu, desvincula a loucura do caráter religioso.

A partir do início do século XX, o modelo hospitalocêntrico de asilos e colônias dominou o atendimento ao alienado, o qual ocorria, predominantemente, em hospitais privados custeados pelo Estado, o que exemplifica a mercantilização da loucura (ROSA, 2004).

No cenário da organização psiquiátrica, existem diferenças quanto à vida extra institucional na busca de produção de poder, tais como mecanismos de dominação e manipulação das subjetividades. Nesse aspecto Erving Goffman (1974) apresenta, através do estudo das instituições totais, como o poder e o saber podem limitar o homem em uma identidade, adquirindo a qualidade, no caso dos manicômios, de ser enlouquecido.

Para a “mutilação do eu” ou dir-se-ia perda da individualidade, Goffman (1974) apresenta inúmeros métodos utilizados pelas instituições totais. Dentre esses dispositivos encontram-se: a barreira entre o internado e o mundo fora da instituição; inapropriação dos bens individuais; coletivização da aparência; uso da força física e da humilhação para imposição; obrigação de executar uma rotina diária estranha à suas vontades; violação dos domínios do eu (corpo, pensamento, ações); exposição proposital a fontes de contaminação e falta de higiene; exposição das relações pessoais; testemunho de agressões físicas como modo de atemorização; impossibilidade de ficar a sós.

Com o fim da II Guerra Mundial repercutiu no planeta a função meramente disciplinar do manicômio e o desamparo da assistência terapêutica, assim como o modelo segregador, oneroso e medicalista dos hospitais psiquiátricos passou a ser denunciado (OLIVEIRA; FORTUNATO, 2003). A partir desse momento, reformas psiquiátricas diversas são realizadas, e em alguns casos sem que, no entanto, ocorressem estímulos e investimentos públicos.

No Brasil, paralelamente à luta pela redemocratização e reorganização da sociedade, cresceram nos anos de 1970 no país os debates acerca da assistência psiquiátrica, por ser pautado em uma assistência de base biomédica, flexneriana, onerosa, ineficaz, asilar, desumana. O movimento de Reforma Psiquiátrica teve início na década de 1970, por meio de diversas iniciativas populares como o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que se apresentou em busca de um debate sobre mudanças na assistência psiquiátrica, reivindicando a humanização dos serviços e das técnicas de tratamento (FONSECA, 2005), o qual, segundo Amarante (1995), constrói um pensamento crítico em relação ao modelo psiquiátrico passando a analisá-lo a partir da ideia de desinstitucionalização.

Sob o lema ‘Por uma Sociedade sem manicômios’, construído durante a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que ocorreu em 1987, o MTSM torna-se um movimento social pelas transformações na saúde mental, envolvendo os familiares, usuários e a sociedade como um todo na discussão relacionada à assistência psiquiátrica. Durante essa conferência, o movimento sanitarista passou a objetivar a desconstrução das instituições e do pensamento social em relação à loucura, e não mais, apenas, a mudança do sistema de saúde (AMARANTE, 1995).

O Movimento da Luta Antimanicomial, ao chamar vários setores da sociedade para discutir sobre a loucura e o louco, põe em foco as condições de vida e descaso

das pessoas com transtornos mentais. Com isso, entra em pauta a discussão sobre a necessidade de se melhorar a qualidade do atendimento e modificar a estrutura e lógica manicomial hegemônica, instituindo-se novos modos de perceber o tratamento a pessoa em sofrimento, ampliando a psiquiatria focada no hospital por uma psiquiatria com múltiplos dispositivos, abertos e de natureza comunitária, objetivo da Reforma Psiquiátrica (TENÓRIO, 2002).

O processo de reforma da atenção à saúde mental solidificou-se com a Declaração de Caracas, pois mostrou claramente as instituições psiquiátricas como excludentes e onerosas. Tal documento teve como finalidade definir as bases para a atenção em saúde mental, dando ênfase à implementação de um atendimento voltado para a comunidade, uma vez que os hospitais psiquiátricos não alcançavam os resultados conciliáveis com uma assistência comunitária descentralizada, socializável e participativa (BRASIL, 2005a).

3.2 Considerações sobre a Política Nacional de Saúde Mental

As políticas de saúde, como processo social, são envolvidas por relações complexas e as suas tentativas de reforma ocorrem lentamente devido a uma série de fatores, como interesses diversos e particulares, devido às inúmeras forças existentes e aos projetos que buscam superar a lógica capitalista, que, no âmbito da Saúde Mental, permitiu a dominação da loucura pela psiquiatria.

A psiquiatria delimitou a loucura à doença mental, determinando-a como processo físico, com o objetivo de alcançar a cura, e focou no manicômio o local em que a medicina dominava a doença mental, como a verdade, determinando a assistência terapêutica e as relações político-administrativas (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002).

As políticas sociais, dentre as quais a saúde, tornaram-se parte da agenda do governo federal apenas após 1974, período que permeia o início da Reforma Sanitária brasileira. Até esse período as políticas estavam voltadas para os interesses econômicos, após essa data, observam-se grandes investimentos na área social, paralelos às diversas políticas subalternas e racionalizadoras (CASTRO, 2009).

Devido à ineficácia do tratamento, superlotação e deplorável situação dos asilos psiquiátricos, maus tratos com os pacientes, observa-se que os asilos

psiquiátricos tinham o objetivo social de excluir os marginalizados da sociedade (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002). No período do início da Reforma Sanitária, no âmbito da psiquiatria, foram realizadas iniciativas para humanização do manicômio e criação de ambulatórios para atender os pacientes psiquiátricos. Contudo, essas iniciativas não surtiram o efeito desejado na qualidade do atendimento e modificações na hegemonia dos manicômios, o que acarretou reivindicações pela reforma na assistência (CASTRO, 2009).

A Reforma Psiquiátrica brasileira, pautada na Reforma Psiquiátrica italiana, direciona a atenção para a necessidade de modificação do paradigma dominante, biomédico, focado no isolamento, exclusão do louco. Devido à cronificação do manicômio, a desinstitucionalização direcionou as novas propostas de prática na saúde mental, por ser um conceito bem mais abrangente e acolhedor do que a desospitalização (FONSECA, 2005). Por desinstitucionalização entende-se que:

representa uma crítica teórico-prática, que reorienta instituições, saberes, estratégias e formas de lidar com a loucura, em direção a outro objeto, a existência-sofrimento do sujeito e não à doença mental, transformando sujeitos objetivados em sujeitos de direitos (OLIVEIRA; FORTUNATO, 2003, p. 68).

No ápice dos movimentos da Reforma Psiquiátrica a Política Nacional de Saúde Mental foi formulada com o objetivo de dar uma nova orientação para o modelo assistencial. Contudo, para que a legislação a reconhecesse por meio da Lei nº. 10.216/ 2001, muitas circunstâncias a antecederam.

Em 1989 é lançado na câmara dos deputados o Projeto de Lei nº 3.657 pelo deputado federal Paulo Delgado. Tratava-se da primeira versão da chamada lei da Reforma Psiquiátrica, todavia, o processo de tramitação no congresso, após uma série de modificações no projeto original, aprova a Lei da reforma Psiquiátrica em 2001.

Na década de 1990 ocorreu a Conferência Regional para Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), na Venezuela, que originou a Declaração de Caracas, considerada um marco para a reestruturação da saúde mental nesses países (CASTRO, 2009), em meio à estratégia da Organização Mundial de Saúde de “Saúde para todos no ano 2000”, em busca de atender às necessidades da população de modo participativo,

descentralizado e preventivo, por um processo de política em que a comunidade é capacitada para atuar ativamente em sua qualidade de vida e saúde (BUSS, 2009),.

A Declaração de Caracas é um documento fundamental no processo de reconstrução da atenção em saúde mental na América Latina, e particularmente no Brasil, onde é utilizada como eixo da Reforma Psiquiátrica pelo Ministério da Saúde. Pauta-se na crítica à assistência psiquiátrica tradicional e ao manicômio como único tratamento, e afirma a necessidade de locais de atenção inseridos na comunidade, além de direcionar a assistência com base na garantia de direitos e respeito às pessoas com transtornos mentais (OMS, 1990).

A partir dessa iniciativa, a elaboração da Política Nacional de Saúde Mental teve seu início de formulação em 1991 quando foi criada a Coordenação de Saúde Mental pelo Ministério da Saúde (CASTRO, 2009).

Durante a década de 1990 o Ministério da Saúde publicou orientações que incentivavam a criação dos serviços de atenção psicossocial. Antes, as únicas deliberações legislativas nessa área giravam em torno do incentivo financeiro para internações psiquiátricas e consultas ambulatoriais (PEREIRA, 2004).

Com esse percurso, surgem inúmeras portarias com o objetivo de humanizar, paulatinamente, a assistência em saúde mental como a Portaria nº 2244/1992 que regulamenta diversos tipos de assistência como: Núcleo de Atenção Psicossocial, Centro de Atenção psicossocial, Hospital-dia, serviços de urgência psiquiátrica em hospital geral e o próprio funcionamento do hospital psiquiátrico. E a Portaria nº 106/2000 e nº 12201/2000 que origina e regulamenta o funcionamento e financiamento das moradias assistidas em saúde mental, ou serviços residenciais terapêuticos (BRASIL, 2004b).

Um marco no processo de Reforma foi a realização da III Conferencia Nacional de Saúde Mental em 2001 sobre o tema “Cuidar, sim; excluir, não” que abordou temas chaves como financiamento, controle social, acessibilidade, cidadania, inclusão de clientela específicas, como usuários de drogas e a ampliação das áreas de ação. Nesse mesmo ano OPAS/OMS publicou o Relatório Mundial de Saúde o qual, dentre a abrangência de suas recomendações, abordava a necessidade de contenção de gastos e de programas voltados para grupos vulneráveis, crianças e adolescentes, bem como a criação de uma política voltada para dependentes de álcool e outras drogas (CASTRO, 2009).

Quando a Lei nº. 10.216/2001 foi aprovada já existia uma quantidade de novos serviços de saúde mental, contudo essa legislação redireciona a atenção por instituir punições para o internamento desnecessário e fornece outros objetivos para a atenção. Todavia, a Lei da Reforma Psiquiátrica foi aprovada com a supressão do artigo 4, que tratava sobre a contratação de novos leitos psiquiátricos, como uma tentativa dissimulada de manter a ordem social vigente.

Dando continuidade ao processo de Reforma, a atenção passa a requerer diversas modalidades de serviços e assim, em 2002, é publicada a Portaria/GM nº 336 que estabelece uma série de tipos de CAPS a partir da demanda, grau de complexidade e abrangência populacional do município. Em 2003, é aprovada a Lei nº. 10.708, fundamental para o objetivo de reinserção social das pessoas com distúrbios mentais, por instituir o Programa Volta pra Casa (PVC), que trata de um auxílio- reabilitação psicossocial, financeiro, para aqueles egressos de longas internações psiquiátricas (BRASIL, 2004c).

Nessa vertente, em 2004 é criado o Fórum Nacional sobre Saúde Mental da Infância e Juventude para articular as políticas existentes na área, e em 2005 o Ministério da Saúde forneceu diretrizes para a desinstitucionalização de crianças e adolescentes no país (CASTRO, 2009).

Para fundamentar a desinstitucionalização, o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar do SUS (PNASH) é aprovado por meio da Portaria/GM nº 53 e nº 54 em 2004. Esse Programa é fundamental para o objetivo de redução progressiva dos leitos psiquiátricos com a simultânea criação de serviços substitutivos (BRASIL, 2004c). Devido à criação do PNASH, em 2004 foram desativados os leitos do hospital psiquiátrico público da cidade de Campina Grande-PB, local de realização deste estudo.

No âmbito da proposta de uma nova assistência para os sofredores psíquicos, diversos dispositivos de atenção foram erigidos para substituir os manicômios, motivo pelo qual são denominados substitutivos. Fazem parte desses dispositivos os CAPS, residências terapêuticas, hospital-dia, centros de convivência, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

As intensas modificações na assistência à saúde mental dependeram da efetiva participação social, por meio de profissionais, pessoas com distúrbios mentais, familiares para aprovar a Lei da Reforma Psiquiátrica. Contudo, não é o suficiente para que as mudanças ocorram, pois permeiam o interesse de

transformação da atuação profissional dentro dos serviços substitutivos, avaliação das transformações e controle social.

Os serviços substitutivos têm como objetivo fornecer assistência à saúde dentro da própria comunidade, para que, de acordo com Fonseca (2005), a pessoa com transtorno mental permaneça com suas redes de relações sociais e subjetivas, deslocando o local de tratamento do manicômio para o território. Tal transferência deve ocorrer não apenas no campo físico, com a criação dos serviços, mas legislativo, social, cultural, para que a sociedade possa buscar novas representações e maneiras de lidar com esse sujeito.

Dentre os dispositivos criados para fundamentar a atenção às pessoas com transtornos mentais é preciso frisar a importância do CAPS como serviço agenciador, organizador da demanda e referência na atenção. É considerado um serviço estratégico, uma vez que, ao organizar a rede de Saúde Mental, direciona os usuários graves e impede que sejam absorvidos pelo cerco ambulatório-enfermaria (BRASIL, 2005a).

A rede de atenção à saúde mental propõe a existência dos seguintes CAPS, dependendo da realidade local, complexidade e abrangência (BRASIL, 2004a).

O CAPS I, de menor porte (população entre 20.000 e 50.000 habitantes), com atendimento diário, por cinco dias semanais, destina-se usuários adultos com transtornos mentais severos e persistentes e aqueles devido ao uso de drogas, com equipe mínima de 9 profissionais de nível médio e superior, estes representados pelo enfermeiro, médico e mais 3 outros profissionais que podem ser psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo (BRASIL, 2004a).

O CAPS II, de médio porte (municípios com mais de 50.000 habitantes), ao atendimento diário, por cinco dias semanais, destina-se para usuários adultos com sofrimento psíquico severo e persistente, com no mínimo 12 profissionais de nível médio e superior, estes representados por enfermeiro com formação em saúde mental, psiquiatra e 4 outros profissionais que podem ser psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física (BRASIL, 2004a).

O CAPS III, de maior porte (municípios com mais de 200.000 habitantes), de grande complexidade, pois funcionam 24 horas, diariamente, necessita de no mínimo 16 profissionais de nível médio e superior, estes representados por enfermeiro com formação em saúde mental, 2 psiquiatras e 5 outros profissionais

que podem ser psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física, mais a equipe noturna e de final de semana (BRASIL, 2004a).

O CAPS infantil (CAPS i), para o atendimento diário de crianças e adolescentes, podendo, a depender a demanda ter um terceiro turno até às 21 horas. A equipe mínima de profissionais de nível superior é composta por: enfermeiro; psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; 4 outros profissionais que podem ser psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo (BRASIL, 2004a).

E o CAPS álcool e outras drogas (CAPS ad), especializado na atenção de usuários de álcool e drogas com transtornos devido ao uso e dependência dessas substâncias, funcionam de segunda à sexta-feira, em municípios com mais de 100.000 habitantes, a depender da demanda podem ter um terceiro turno até as 21 horas. Os profissionais que compõem a equipe mínima devem ser de nível médio e superior, estes compostos por enfermeiro com formação em saúde mental, psiquiatra, médico clínico, e mais quatro outros profissionais como psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo (BRASIL, 2004a).

Esses novos serviços que buscam reformular o modelo de assistência em psiquiatria visam reinserir os indivíduos provenientes de longas internações nos hospitais psiquiátricos e/ou marginalizados socialmente. Essa reinserção social deve ocorrer no sentido de lhes possibilitar ter de volta o seu poder de contrato com os afetos, bens, pensamentos, mensagens, pois negar a exclusão não significa incluir, para isso há a necessidade de que a cultura refaça seus limites, construindo novas formas de conviver com a loucura.

Em estudo realizado por Dobies e Fiorini (2010) em município do interior paulista, verifica-se que a rede de Saúde Mental está implantada, todavia as inúmeras mudanças nos recursos humanos, como fluxo constante de profissionais, além de divergências entre serviços, mostram que a execução e formulação de uma política de Saúde Mental são, em parte, inconsistentes, devido à ausência de consensos e à atuação profissional ser direcionada, em geral, por concepções individuais.

Cruz e Silva Filho (2005) em pesquisa quanto à atenção ao usuário de drogas verificaram que, dentre os fatores que dificultam a assistência a essa clientela está a ênfase no modelo da medicalização, insuficiente para a atenção ao dependente, que

necessita de comprometimento e atenção dos profissionais e familiares para que o tratamento seja eficaz. Devido à formação acadêmica não valorizar o modelo psicossocial, os profissionais médicos vêm-se inaptos sobre como atuar frente a situações inesperadas e que precisam de atitudes além do tratamento, as quais permeiam o universo da reabilitação e do comprometimento de todos os envolvidos no processo, profissionais de classes diferentes, dependente químico, familiares, rede de apoio.

Verifica-se que para a ocorrência de mudanças na atenção às pessoas com distúrbios mentais necessita-se de estratégias que vão além da implantação da rede, que em si já apresenta mudanças internas e estruturais, entre os serviços, profissionais e gestores. Trata-se de um processo que está em um percurso que necessita de que a atuação profissional e as articulações estejam centradas em eixos efetivos da atenção psicossocial para fornecer uma estrutura que possibilite as intensas transformações organizadas que são requeridas.

Com o intuito de que os profissionais possam se tornar co-participantes ativos no processo de mudança da atenção aos usuários de serviços de saúde mental, foi realizado um estudo com concluintes do curso de Enfermagem de uma universidade no nordeste do país, sobre as concepções acerca do processo de saúde-doença mental, em que se constatou que a apreensão em torno desses conceitos está pautada sobre os saberes e orientações do modelo dominante, mesmo que a política nacional direcione a atenção para a mudança nessa ideologia (SILVA et al, 2004).

Essa contradição pode ser decorrente da necessidade de substituição dos elementos do processo de trabalho para transformar a assistência, pois se a Reforma Psiquiátrica ocorrer apenas no discurso político e ideológico ocasionará apenas modificações parciais, uma vez que as transformações não atingirão a prática em saúde mental, que é o fundamento do modelo de atenção.

Em estudo realizado com psicólogos sobre a assistência ao usuário da saúde mental, foi verificada a necessidade latente de modificar os modelos teóricos e práticos da saúde por meio da humanização da atenção, pois a atuação preponderante desses profissionais, ainda é formada sobre o saber dominante, em que o outro é reduzido a um objeto de intervenção técnica. Mas, mesmo com esse índice, existem experiências que buscam desenvolver uma relação de acolhimento

com o outro, que está sendo cuidado, com abertura para atender às necessidades deste (CARVALHO; BOSI; FREIRE, 2008).

A atuação dos psicólogos, como profissionais participantes da equipe multiprofissional dos serviços de saúde mental contribui na modificação da assistência, de acordo com pesquisa conduzida por Mucci e colaboradores (2008). Porém, os autores acima apontam a necessidade de uma maior integração entre os profissionais para que a atenção ao usuário do serviço e familiares ocorra integralmente, além do envolvimento da própria instituição e de políticas de saúde que possibilitem mudanças estruturais.

Ribeiro (2005), em reflexão acerca do papel do psicanalista, aponta que o trabalho nos serviços abertos, como o CAPS, ocasiona uma série de questionamentos sobre o modo de atuar e os inúmeros locais de atenção e intervenção, acarretando sentimentos como deslocamento, falta de pertencimento para execução do trabalho devido à formação não proporcionar meios de atuar em contexto diverso à clínica. Contudo, o local desse profissional depende da abertura para a singularidade das pessoas com distúrbios mentais, de modo que possam encontrar um espaço em sua existência e, simultaneamente, encontrar seu próprio espaço profissional.

Assim, até mesmo o próprio serviço de saúde mental pode ser desterritorializado que o trabalho irá continuar, pois independe da existência de espaços físicos. E Ribeiro (2005) ainda complementa ao comentar que esse acompanhamento do indivíduo pode ocorrer no sentido material, por onde quer que a pessoa caminhe, como também, um acompanhamento do percurso psicológico. Esse profissional, tal como a equipe de saúde mental como um corpo deve ser capaz de se adaptar às necessidades do outro para, a partir disso, construir contratos e vínculos.

A lógica da Reforma Psiquiátrica proposta pela Política Nacional de Saúde Mental significa a articulação de ações de saúde e de saúde mental, a partir da possibilidade de propor mudanças. A Reforma norteadada pelo “paradigma sanitário de produção social de saúde” (PRANDONI; PADILHA, 2006, p. 633) aponta as mudanças como ocasionadas pelo direcionamento político-ideológico e não apenas técnico-científico.

Na abordagem de cuidado com foco antimanicomial, o profissional de saúde mental tem como papel emancipar a pessoa com distúrbio mental através da

participação ativa deste no tratamento e reabilitação e do conhecimento sobre os seus direitos quanto às políticas sociais. Para isso, a relação entre profissional e usuário do serviço deve ser fundamentada na humanização e dialogicidade para que este seja percebido como ser autônomo.

Concordamos com Prandoni e Padilha (2006) quando afirmam que as transformações são orientadas pela Lei nº 10.216/2001, contudo requerem dos profissionais dos serviços e sociedade como um todo, uma tomada de consciência de que todos são cidadãos e por isso têm direitos à saúde, a um local para morar, trabalhar, sem exclusão ou preconceito por terem um sofrimento mental, pois acredita-se que este acompanha a loucura.

3.3 Atenção nos novos serviços de saúde mental: que práticas são essas?

As pesquisas na área de saúde mental mostram-se crescentes nas últimas décadas. Segundo estudo apoiado pela Organização Mundial de Saúde com objetivo de mapear a pesquisa em saúde mental no Brasil (MARI et al, 2006), entre os anos de 1998 e 2002, em média, dobrou o número de artigos publicados em periódicos sobre psiquiatria, psicobiologia e saúde mental, atingindo 1719 artigos, o que não foi acompanhado pelo aumento significativo no número de pesquisas de pós-graduação na área.

Questionando a efetividade da atenção nos novos serviços de saúde mental, pesquisas têm sido realizadas, com o foco na prática profissional e saúde mental (BABINSKI; HIRDES, 2004; CRUZ; SILVA FILHO, 2005; HIRDES; KANTORSKI, 2004; KIRSCHBAUM; PAULA, 2002; MUCCI et al, 2008; NUNES et al, 2008; OLIVEIRA; FORTUNATO, 2003). Em tais estudos tem se verificado a presença de conceitos inovadores, fatores que dificultam a atenção, pressupostos da Reforma Psiquiátrica, busca da modificação da atuação profissional de acordo com um novo modelo de atenção.

Historicamente, o modelo médico hegemônico definiu a assistência à saúde e o trabalho das demais classes profissionais. A Enfermagem, fundamentada nesse modelo, percebeu a necessidade de desenvolver seu cuidar e passou a buscar mecanismos para ampliar o seu escopo de trabalho e conhecimento, formando o próprio campo de atuação (TAVARES, 2005).

O movimento de transição nas práticas em saúde mental e a materialização dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica trazem como consequência transformações nos âmbitos teórico, político, prática e cultural. Objetiva-se, com isso, além de conseguir novas formas de atenção à saúde mental, propiciar um lugar à loucura frente à sociedade que estigmatiza e exclui, o que tem como consequência o questionamento das representações que se tem sobre a loucura e que estão imbricadas em cada indivíduo.

A reforma psiquiátrica, como um movimento, remete à própria necessidade de desinstitucionalização social, devido a forma arraigada com que a sociedade institucionaliza a vida, criando uma visão livre dos parâmetros da razão e aberta à escuta da loucura, que propicie “a construção de um novo lugar sociopolítico-conceitual-cultural para a loucura, de novas formas de lidar com a diferença” (ALVERGA, DIMENSTEIN, 2006, p.306).

Para se viabilizar a desinstitucionalização da loucura surgem inúmeros desafios que perpassam o cotidiano social e dos serviços de saúde, dentre os quais os serviços substitutivos, e envolvem, dentre outros aspectos, a prática desenvolvida pelo/ entre os profissionais e usuários, família e sociedade. Em busca de uma atenção psicossocial integrada, o movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira se pauta em pressupostos que remontam a um conjunto de recursos e tecnologias que objetivam trabalhar o sujeito e seus laços sociais de modo a restabelecer qualidade de vida.

Concordamos com Soares e Saeki (2006) quando afirmam que um dos desafios da Reforma Psiquiátrica é o fato de que não é por o serviço ser aberto, que se pautem em um modelo não manicomial, isso irá depender de sua estrutura, práticas profissionais, relações, organização. Nesse âmbito, Kantorski (2007) propõe que a rede de saúde mental deve estar organizada a partir de diretrizes que incluem o acolhimento, por meio da escuta a todo o usuário do serviço que vier a procura de atenção; vínculo, por meio de uma relação com o usuário baseada na humanização e na participação deste como sujeito ativo no direcionamento do seu atendimento; responsabilidade a partir da necessidade de cada sujeito; cuidado psicossocial com atenção a autonomia, modo de inserção social e história de vida de cada usuário.

Assim, a prática em saúde mental deve ser erigida de modo a permitir a reflexão crítica sobre a definição do objeto de atenção, sejam usuários, familiares ou

comunidade, e de tecnologias ativas para reorganizar a atenção, como as relações, vínculo, comunicação, interação.

A reabilitação psicossocial é uma tecnologia de cuidado (KANTORSKI; SOUZA; WILLRICH; MIELKE, 2006) que considera o sujeito incluído em um território, com suas relações sociais, em um contexto sócio-cultural, participante de uma realidade familiar e que apresenta um transtorno mental com repercussões em várias nuances da vida.

A reabilitação psicossocial é um processo que fornece oportunidade para pessoas com qualquer transtorno mental obterem autonomia na comunidade, por meio da diminuição do preconceito e promoção da equidade e oportunidade. Como processo é complexo, por envolver atos políticos, organizacionais e, principalmente, formação profissional específica.

O interesse internacional na reabilitação psicossocial, relacionada à desinstitucionalização, tem aumentado nos últimos tempos. Assim como os princípios da Reforma Psiquiátrica guiam as práticas nos serviços, há aqueles que direcionam a atenção na reabilitação psicossocial, o que ocorre devido à redução de pacientes institucionalizados em hospitais psiquiátricos, à demanda das pessoas com transtorno mental e o reconhecimento de seus direitos pelas diversas instâncias sociais, e à evolução do saber psiquiátrico que passou a incluir diferentes aspectos na relação com o sujeito, além da doença mental, apontando outros pontos que podem receber intervenção tais como família e comunidade (HIRDES; KANTORSKI, 2004).

Todavia, existem diferenças conceituais que atuam diretamente sobre a atenção ao usuário do serviço de saúde mental, a começar pelo desconhecimento de muitos profissionais de que tratamento e reabilitação são práticas distintas que precisam ser compreendidas para a atuação profissional ocorrer segundo o paradigma psicossocial.

Hirdes e Kantorski (2004) afirmam que ambos são procedimentos complementares que podem ocorrer em sequência ou simultaneamente. Enquanto o tratamento refere-se à terapêutica da diminuição dos sintomas visando a cura, a partir da farmacologia e psicoterapia e está baseado na atenção com o corpo, a reabilitação psicossocial visa propiciar o “funcionamento e satisfação em ambientes específicos”, visualiza as potencialidades e habilidades existentes e necessárias e o apoio ambiental, e atua para o desenvolvimento desses fatores e de recursos

humanos, físicos, vocacionais, focados no usuário, na aprendizagem e na recuperação. Babinski e Hirdes (2004) complementam e mostram que a diferença entre tratamento e reabilitação reside no fato de os programas de tratamento envolver farmacoterapia, terapias grupais, individuais visando a remissão dos sintomas, enquanto que a reabilitação psicossocial busca propiciar a superação e a satisfação do usuário.

Para a atuação profissional, a reabilitação psicossocial é um processo abrangente que busca reconstruir a atenção em saúde mental nos cenários sociais e individuais de vida do indivíduo, de modo que se supera o foco na doença ao ser substituído pela pessoa portadora do dano. O objetivo desse modo de atuar foca-se em fornecer a assistência possível até onde o usuário objetive alcançar, como co-participante. Nessa perspectiva a reabilitação psicossocial configura-se como “um tratado ético-estético que anime os projetos terapêuticos para buscarmos alcançar a utopia de uma sociedade justa e sem manicômios” (BABINSKI; HIRDES, 2004).

Contudo, Hirdes e Kantorski (2004) apontam que os serviços substitutivos, por vezes, assumem práticas veementemente condenadas nas instituições totais, como se apenas houvesse sido modificado o lugar de realização. Por esse motivo, a crítica deve perpassar qualquer serviço para que as incoerências apareçam e sejam superadas. Para isso, os objetivos dos serviços devem coadunar com os da reabilitação psicossocial em busca de alcançar a recuperação, socialização com a comunidade e a maior qualidade de vida possível dos seus usuários. Os profissionais devem ter atitudes de acordo com os valores da reabilitação psicossocial, assim devem perceber que os indivíduos são agentes de suas vidas, devendo participar das decisões que lhe envolvam, crer que todos são detentores iguais de dignidade e valor, ter atitudes otimistas frente à evolução das pessoas com transtornos mentais sob seu cuidado, admitir que todos podem aprender e crescer e respeitar as diferenças de cada usuário do serviço.

O modelo psicossocial de atuação baseia-se em pressupostos que direcionam as práticas de atenção, por considerar além dos aspectos clínicos, os políticos e biopsicossocioculturais, utiliza como métodos de ação dispositivos de reintegração social, o indivíduo com transtorno mental é um participante ativo que esta inserido em um contexto familiar e social, desse modo, o trabalho com a família e a comunidade é fundamental para promover mudanças e propiciar a reabilitação e o tratamento, a atenção pauta-se na escuta e no diálogo, partindo da noção de

integralidade e territorialidade (KANTORSKI; MIELKE; TEIXEIRA JUNIOR, 2008). Todavia, para que essa prática se efetive, a formação, seja na graduação, pós-graduação ou educação permanente, dos profissionais deve abranger os conteúdos pertinentes.

Em estudo realizado por Antunes e Queiroz (2007) fica evidente que os profissionais dos CAPS detêm uma formação teórica quanto à Reforma Psiquiátrica e reconhecem a influência dos parâmetros sociais, afetivos, familiares na superação dos transtornos, contudo, aliado a isso, percebem a dificuldade para realizar procedimentos que intervenham nesses aspectos, devido aos poucos meios disponíveis nos serviços para abranger essa complexidade.

Em busca de vencer os desafios do novo modelo de atenção, a prática interdisciplinar é apontada por Babinski e Hirdes (2004) como característica essencial para a efetividade da assistência e, aliada à distribuição de poder, conhecimento, comunicação, discussão sobre as atividades e avaliação dos resultados possibilita a flexibilidade das relações e o aumento da qualidade dos serviços. Por meio da interdisciplinaridade permite-se a superação das barreiras institucionalizantes, pois propicia a introdução de saberes diversos e recursos com uma integração externa e interna na orientação do serviço às necessidades do usuário.

A articulação de diversas categorias profissionais possibilita a prática do pensamento complexo, que permite abarcar o paradigma da atenção psicossocial. Por meio da interdisciplinaridade os serviços de reabilitação psicossocial serão possíveis, devido à efetivação do trabalho conjunto na atenção, permeado dos princípios éticos da integralidade e do respeito às diferenças, como aponta Tavares (2005) em reflexão teórica.

O trabalho realizado no CAPS, fornecendo outra ótica sobre a atenção em saúde mental, fundamenta-se na busca por relações interpessoais e interações sociais pautadas no diálogo e na escuta de profissionais entre si e com os usuários, a partir do questionamento, reflexão interdisciplinar dos casos e elaboração de práticas complementares, respeitando a integralidade (NUNES et al, 2008).

No campo da saúde mental existem barreiras para a operacionalização da interdisciplinaridade como o paradigma medicalista dominante, práticas assistenciais positivistas, verticalização do poder, organização das instituições formadoras. O modelo de atenção que está sendo proposto pela Reforma Psiquiátrica aponta para

a qualificação interdisciplinar dos profissionais, que envolve temas de políticas públicas, dispositivos de cuidado, bases da clínica ampliada, acolhimento e, além disso, uma atuação criativa para a resolução das situações em equipe (TAVARES, 2005).

No novo modelo de atenção, a Enfermagem assume o cuidado por meio do relacionamento terapêutico, atividades grupais agregado a uma prática que valoriza o intercâmbio de saberes. Em estudo realizado por Tavares (2005) foi visualizado que, em contraposição às influências das organizações produtivas e do paradigma flexneriano, a Enfermagem está ampliando a orientação assistencial e de ensino, pela aproximação com as ciências sociais e humanas, com o objetivo de fornecer uma atenção integral aos usuários dos serviços.

Como parte significativa da população brasileira necessita de atenção contínua em saúde mental por apresentar transtornos severos e persistentes (3% da população) e 10 a 12% necessita de atendimentos médicos-psicológicos e abordagens diversas para atender à saúde mental (BRASIL, 2005a), a reforma psiquiátrica só conseguirá avançar com o apoio de todos os níveis de assistência, em especial da atenção básica devido à proximidade com a população, os casos de transtorno psíquico aportam inicialmente.

Tendo em vista, a transversalidade da saúde mental na atenção básica, o Ministério da Saúde propôs o Apoio matricial para organizar o fluxo da rede e articular os serviços de saúde mental às Unidades Básicas de Saúde, dando suporte às equipes de referência. Por meio da articulação com o apoio matricial há a possibilidade de uma atenção interdisciplinar, sem a necessidade de o usuário passar por inúmeros encaminhamentos (BRASIL, 2004a).

Por Apoio Matricial a cartilha do Ministério da Saúde entende como

“a equipe do CAPS, juntamente com membros das equipes dos outros equipamentos, apóiam as diferentes equipes de Atenção Básica através de ações de supervisão, atendimento conjunto e específico e capacitação. Em todos os cenários, as equipes matriciais de saúde mental e da Atenção Básica compartilham os casos e constroem coletivamente as estratégias para a abordagem de problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e outras drogas, as estratégias para redução de danos, o fomento de ações para a diminuição da segregação pela loucura e combate ao estigma, e o desenvolvimento de ações de mobilização dos recursos comunitários para a reabilitação psicossocial.” (BRASIL, 2004d, p.34)

Os CAPS, como serviços estratégicos devem buscar realizar o matriciamento, para isso necessitam contar com recursos tanto financeiros como estruturais e de recursos humanos, para que as equipes desloquem-se dos serviços substitutivos em direção ao trabalho na comunidade, em conjunto com os profissionais da atenção básica, os quais, por se encontrarem mais próximos da população são primordiais para permitir o acesso e o enfrentamento de agravos relacionados à saúde mental.

O apoio matricial é formulado por meio da construção de um projeto terapêutico entre a equipe de atenção básica e a do serviço especializado, para que as intervenções sejam complementares entre os saberes dos múltiplos profissionais. Assim, o CAPS estará atuando em uma perspectiva extra-muros, mais próximo da realidade do usuário e compartilhando responsabilidades com os profissionais dos demais serviços.

Todavia, para que o apoio matricial torne-se, de fato, uma realidade Dimenstein e colaboradores (2009) apontam que dentre as dificuldades encontradas, existe o problema da formação dos profissionais que é deficiente quanto à abordagem em saúde mental, o que impossibilita a própria atenção às demandas rotineiras dos serviços.

No campo da Reforma Psiquiátrica, as mudanças só podem ser planejadas e efetivadas, se se dispuser de modelos clínicos na prática, em interlocução com as transformações que estão sendo requeridas nos serviços de saúde, entendendo clínica como as práticas dos profissionais de saúde, independente da área de formação. Nos serviços substitutivos a clínica se imiscui em um contexto sócio-histórico, influenciado pelas especificidades da área e pela crítica ao modelo manicomial.

No movimento de desconstrução do objeto da psiquiatria para a transformação das práticas, a finalidade da atuação profissional transfere-se da cura para a obtenção de autonomia, cidadania participativa e emancipação terapêutica. A terapêutica, nesse novo contexto, deixa de ser orientada pela a doença e a autoridade médica que exige o diagnóstico que permita a definição do tratamento para obter a cura, e se transforma na responsabilização da própria entidade coletiva da organização, modificando as relações e os meios de expressão do indivíduo (TORRE; AMARANTE, 2001).

Em discussão quanto aos modelos clínicos Campos (2001) desenvolveu um trabalho de vanguarda e questionamentos presentes ainda nos dias de hoje, uma

década após a publicação do estudo. A autora aponta que a crítica ao isolamento, o tratamento asilar e suas práticas, frutos do movimento de reforma sanitária, da própria criação Sistema Único de Saúde e da influência Basagliana, que colocou a doença entre parêntesis e permitiu a atenção à pessoa que, dentre outros âmbitos, apresenta um transtorno mental, teve uma série de conseqüências, dentre as quais a negação da doença e da clínica, das necessidades reais de ser um portador desses transtornos e redução do sofrimento decorrente. Por outro lado, alguns limitaram-se apenas aos fatores biológicos predisponentes aos transtornos e, como conseqüência, aos tratamentos de cunho medicalista.

Frente à realidade dos serviços substitutivos, uma série de desafios são colocados e precisam ser refletidos, como a subjetividade dos profissionais, a sua inserção (real) nos serviços, o olhar que tem do próprio trabalho, que pode acabar fragmentando ainda mais o usuário, pois “Remédio é com psiquiatra. Escuta é com psicólogo. Trabalho é com o terapeuta-ocupacional. Intercorrência clínica, outra: não é conosco. Surto? Vai ter que internar.” (CAMPOS, 2001, p.103).

Para a organização clínica dos serviços substitutivos, algumas práticas necessitam ser repensadas, como a atenção à crise, à família, os grupos, as oficinas, a atuação em equipe, os projetos terapêuticos.

Concordamos com Ferigato, Campos e Ballarin (2007) quando reflexionam acerca do sentido de crise no processo histórico. A depender da corrente paradigmática irão existir diferentes significados para o termo crise. Quando se trata da psiquiatria clássica a crise é vista a partir de uma intensificação nos sintomas psiquiátricos, quais sejam delírios, alucinações, alterações no comportamento e psicomotricidade. Pode ser percebida para além de uma sintomatologia, incluindo aspectos do contexto familiar, social, relacional do sujeito, e ser entendida como um meio de adaptação e de reação do indivíduo, ou relacioná-la com o trauma, sendo este uma alteração psíquica súbita devido a uma vivência. Outra corrente, por sua vez, a percebe pelo sentido de perda de um sentido de referência.

Na atenção à crise, a eficácia do sistema substitutivo pode ser avaliada pela formação e manutenção dos vínculos com os usuários, independente do momento em que este irá passar em seu sofrimento, devendo existir a responsabilização ao invés da mera admissão e alta em serviços de internação, aliado a um apoio institucional à equipe profissional (CAMPOS, 2001).

No manejo com a crise, a conduta estabelecida, em geral, está voltada para os aspectos sociais de manutenção da ordem, controle, normalidade e relações de poder. Ferigato, Campos e Ballarin (2007), contudo, apresentam um modo de entender e atender esse momento inusitado a partir de concepções de acolhimento, expressividade, escuta, valorização do sofredor em crise e que a estratégia farmacológica esteja incluída nos projetos terapêuticos dos usuários para que não vise, apenas, reduzir os sintomas. Agregado a isso, a equipe deve ter um suporte institucional por meio de recursos financeiros e materiais, estrutura do serviço humanizada e segura, recursos humanos capacitados que formam uma equipe interdisciplinar e detêm espaços de interlocução para trocar experiências, discutir casos, comunicar-se, cuidarem-se.

E ainda, deve haver uma rede de suporte para que possa fora do serviço substitutivo, na área de saúde (atenção básica, ambulâncias de emergência) e intersetorialmente, na promoção de cursos, oportunidades de cultura, esporte, assistência social aliados ao fortalecimento dos laços afetivos, em família, com a comunidade, no território que dêem suporte dentro e fora da crise.

À frente das mudanças na atenção em saúde mental encontra-se a permanência do sofredor mental no seu contexto familiar. Esse convívio, todavia, exige um comprometimento da família no cuidado que pode acarretar transformações na vida do cuidador, emergindo situações complexas que são frutos de diversos estudos (COIMBRA et al, 2005; SPADINI; SOUZA, 2006; SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

O CAPS, assim, tem direcionado sua prática para o núcleo familiar, como base no processo de inclusão e reinserção social do usuário, como o grupo de família, atendimento individual, oficinas, visitas domiciliares visando a formação de vínculo e parcerias na prática. Contudo, deficiências na formação profissional podem dificultar essa situação, em conjunto com a ausência do conhecimento do sentido de certas práticas que podem se tornar, apenas, rotina (CAMPOS, 2001).

Dentre as práticas desenvolvidas nos CAPS, evidenciam-se os grupos em suas diversas matizes, grupos de escuta, acolhimento, psicomotricidade, redução de danos, arte-terapia, prevenção de recaídas, que produzem uma riqueza de intervenções e modos de cuidar. Sobre essas atividades, Campos (2001) alerta para a necessidade de conhecimentos dos objetivos e o sentido desses espaços, para

que não sejam banalizados e não se consiga perceber a singularidade de cada indivíduo participante.

Nos trabalhos desenvolvidos em oficinas, em que há produção material por meio da arte, esta se revela como a palavra que muitas vezes não é dita, o valor não está em quanto irá ser vendido, mas na produção que faz sentido para cada indivíduo em sua singularidade, pois, como afirma Saraceno (2001, p.16) “Não necessitamos de esquizofrênicos pintores, necessitamos de esquizofrênicos cidadãos, não necessitamos que façam cinzeiros, necessitamos que exerçam a cidadania”.

A clínica em saúde mental repercute e nos desafia a mudar o campo de ação nesse fenômeno de transição. Há que se formular um suporte em rede, para que os usuários possam transitar e não limitá-los ao interior dos serviços, e a própria equipe possa ter apoio institucional, já que a discussão de cada caso remete à articulação dos profissionais. Equipe que, por sua vez, precisa hastear a bandeira e sair da neutralidade quanto aos propostos sobre os quais deseja atuar, se irá manter as práticas hegemônicas, onerosas, flexnerianas que acabam por serem ineficazes ou passará a defender e partir para a ampliação da clínica em saúde mental.

3.4 A Teoria das Representações Sociais (TRS)

A definição concreta do que seja a representação social ainda inexistente devido aos conflitos internos relacionados à origem e desenvolvimento da teoria. Contudo, a compreensão do que seja uma representação social, de acordo com Moscovici (2003), é algo simples de ser realizado. Pode-se buscar entendê-la como um conjunto de valores, idéias e práticas articulados, com os objetivos de: definir uma ordem para nortear as pessoas e ajudá-las a controlar seu mundo material e social; e proporcionar a comunicação entre os membros de um grupo, dando-lhes um código para dar nomes e classificações, sem duplo sentido, aos múltiplos aspectos do mundo e à sua história individual e social. Assim, a representação social pode ser compreendida como uma construção social de um saber do senso comum erigido por meio de articulações sociais, divididas por certo grupo com relação aos objetos, propiciando um modo igual de visão, uma vez que é produzida coletivamente.

De acordo com Wagner (2000, p.11) as representações sociais são construídas por meio de “discursos públicos dos grupos”, pois o pensamento das

peças sobre o seu universo é construído socialmente, e ainda, tal conhecimento é originado pelo grupo, pelo significado e realidade que dão a esse objeto representado, por isso a representação social é “uma unidade do que as pessoas pensam, e do modo como fazem”, sendo dinâmica, por abranger o comportamento e a ação entre os participantes do grupo.

Para que uma representação social seja criada, deve existir uma cultura coletiva do grupo quanto aos valores e modelos que a produzem. As condições para sua circulação são fundamentais e ocorrem por meio da comunicação entre as pessoas, instituições e da própria mídia, enquanto que a sociedade partilha um contexto ideológico e histórico que tem definido a inscrição social quanto à posição, função social e a organização social das instituições e vida dos grupos (JODELET, 2001).

Todavia, o mero compartilhamento de opiniões por um grupo não constitui uma representação social. Para que ela exista é necessário que alguns critérios sejam considerados: o grupo esteja dentro de uma unidade de pensamento e de modo organizado; o comportamento dos integrantes do grupo se altera na presença da representação; há algo que foi acostumado ou tornou-se um hábito de um grupo, não existindo separação entre o pensamento e a ação; cada integrante do grupo que detém certa representação sabe que comportamento esperar dos demais em uma situação na presença da representação (WAGNER, 2000).

A escolha por essa teoria, dentre outros aspectos, deve-se à representação social desempenhar a função de responder a certa necessidade, a um estado de desequilíbrio e, principalmente, tornar algo estranho familiar (MOSCOVICI, 2003). No âmbito desta pesquisa, a representação do fenômeno da atuação profissional dos CAPS deve-se à necessidade, identificada com a transição das práticas profissionais, pela busca por um novo modelo de atenção, que se caracteriza por ser um estado de incertezas e desafios, como apontam diversos estudos (ABUHAB et al, 2005; DIMENSTEIN, 2006; MILHOMEM, OLIVEIRA, 2007;)

Por meio dos discursos dos profissionais busca-se construir um movimento social que se faz presente, uma vez que os pensamentos expressam a intencionalidade e o caráter histórico do pensamento social. Os significados falados pelos sujeitos nos discursos dão forma a conteúdos e demandas sociais que, após organizados e enunciados, deixam de ser virtuais. No processo de organização e verbalização da fala, os participantes dispõem e modificam suas concepções sobre

a atenção em saúde mental, nos diversos aspectos e características da prática, tendo em vista que ao se tratar do processo de representação social não há disparidades importantes entre o discurso e o pensamento, como defende Pereira (2005) ao tratar acerca da análise dos dados qualitativos aplicados à teoria.

No âmbito da saúde mental, a Teoria das Representações Sociais aparece em diversos estudos (PEREIRA, 2003; COLVERO, IDE, ROLIM, 2004; LEÃO, BARROS, 2008), uma vez que as representações sociais são relevantes para o processo de transformação de modos de atenção, ao se considerar que o entendimento que se tem acerca de algo determina o modo como se lida com este objeto.

No intuito de identificar e analisar as representações sociais de usuários de um CAPS sobre o fenômeno tratamento psiquiátrico, um estudo com base da na TRS foi realizado por Mostazo e Kirschbaum (2003), no qual se concluiu que as representações estão intrinsecamente relacionadas à medicação, instituições fechadas e violência, ao profissional médico cabe a função de designar o tratamento, ao enfermeiro de cuidar e ao psicólogo de conversar.

A Teoria do Núcleo Central é complementar à Grande Teoria, a Teoria da Representação Social. Surgiu em 1976 com Jean-Claud Abric que através de sua tese de doutorado explica tópicos confusos da representação social, como o entendimento de que as representações são estáveis e móveis, rígidas e flexíveis, simultaneamente (LIMA; EULÁLIO; TARGINO, 2004).

A Representação Social pode ser enfocada como núcleo estruturante, dando uma abordagem semântica cujos significados serão fornecidos através de associações de palavras. “Trata-se de identificar as estruturas elementares que constituem o cerne da representação em torno das quais ele se organiza – um sistema constituído pelos seus elementos centrais e periféricos” (ARRUDA, 2002, p.140)

A Teoria do Núcleo Central propõe que a Representação Social se articula ao redor de um núcleo, formado por uma ou mais palavras, que fornece sentido à representação, sendo caracterizado como o elemento mais estável. O núcleo central desempenha duas funções: a geradora, de originar ou modificar os significados dos demais integrantes da representação; e a organizadora, reúne os elementos constituintes da representação, dando-lhe equilíbrio. Os elementos periféricos organizam-se em torno do núcleo central, neles estão a mobilidade e a evolução da

representação, são o que há de mais acessível e concreto existente (ABRIC, 2000; LIMA; EULÁLIO; TARGINO, 2004).

Abric (2000), criador dessa teoria, propõe que os elementos periféricos desempenham os papéis de concretização, tornando compreensível e comunicável a representação; de regulação, permitindo a adaptação de acordo com as transformações do ambiente; e de defesa, devido ao núcleo central ser o elemento mais estável, os periféricos atuam protegendo-o da mudança, transformando a si próprios.

De acordo com Lima, Eulálio e Targino (2004) o caráter homogêneo de uma representação não é fornecido pelo pensamento comum do grupo, mas, devido à representação organizar-se em volta de um só núcleo central.

Com base no exposto, consideramos que a Teoria das Representações Sociais se constitui em um arcabouço teórico importante para a apreensão da realidade da prática profissional desenvolvida nos serviços substitutivos, tipo CAPS, do município escolhido para compor este estudo.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Métodos de Abordagem e de Procedimento

A pesquisa tem abordagem qualitativa e tipologia descritiva e exploratória. O método qualitativo se deve à proposta de estudar o fenômeno que envolve a prática na profissão, o qual em geral é envolto por valores morais e éticos. Essa abordagem possibilita ao pesquisador “estudar as coisas em seu *setting* natural, tentando dar sentido ou interpretar fenômenos nos termos das significações que as pessoas trazem para eles”, visando conhecer profundamente as vivências e representações que as pessoas apresentam em suas experiências de vida (TURATO, 2005, p.509).

Para que um estudo seja caracterizado como qualitativo é necessário que alguns aspectos estejam presentes: o significado do fenômeno deve ter a atenção do pesquisador para que possa atuar diretamente sobre a realidade; a observação deve ocorrer no ambiente do objeto de estudo; o instrumento da pesquisa é o pesquisador; o método apresenta maior validade devido ao estudo dos sujeitos diretamente; a generalização não decorre dos resultados, mas do conhecimento construído (TURATO, 2005).

A abordagem qualitativa de pesquisa refere-se à interpretação dos significados atribuídos às experiências e como são compreendidas pelas pessoas na sociedade. Para isso, o estudo do fenômeno social é realizado em seu ambiente natural (POPE; MAYS, 2009). Tal método permite a limitação a certo grupo de indivíduos, representantes do que será estudado, pois não se busca a frequência das variáveis, mas a qualidade destas.

A etapa exploratória da pesquisa foi desenvolvida para se obter uma visão geral do cotidiano dos serviços substitutivos, das relações ali estabelecidas. Em seguida, procedeu-se à descrição dos fatos, comparação de dados e análise a partir dos preceitos da Reforma Psiquiátrica.

4.2 Cenário da Pesquisa

O estudo foi realizado na cidade de Campina Grande, no Estado da Paraíba, referenciada como uma situação exemplar no contexto da desinstitucionalização (BRASIL, 2005a). Dispõe de seis Residências terapêuticas, um CAPS III, um CAPS II, dois CAPS infantis, um CAPS de álcool e outras drogas, dois Centros de Convivência e uma Unidade de Referência em Saúde Mental.

O processo de implantação dos novos serviços de Campina Grande-PB data desde 2002, quando foi regulamentada sua própria legislação acerca da implantação dos serviços substitutivos em saúde mental, a Lei nº. 4068, mas, até dezembro ano de 2003, quando foi criado o CAPS II – Novos Tempos, os únicos instrumentos de atenção ao sofrimento mental existentes, eram duas instituições psiquiátricas, uma privada e outra pública, que veio a ser desativada. Ao ser inaugurado, o CAPS II constituiu-se em uma nova perspectiva de atenção à saúde mental na localidade, foi formado por uma equipe de profissionais que aceitaram o desafio de desenvolver uma prática inovadora, com base em capacitações locais e vistas realizadas a serviços de outras cidades (CIRILO, 2006).

Apenas em setembro de 2004 é inaugurado o segundo serviço substitutivo do município, o CAPS ad, em consonância com as determinações do Ministério da Saúde a respeito da atenção aos transtornos ocasionados devido ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas. Após o processo de intervenção no hospital psiquiátrico público, é acrescida à rede de serviços substitutivos da cidade o CAPS infantil, com vistas a fornecer meios de tratamento o mais precoce possível, e o CAPS III, por se caracterizar como um serviço de funcionamento 24horas. Aliado a esse processo, foram criados os Serviços Residenciais Terapêuticos, com o intuito de oferecer moradia para os indivíduos provenientes do hospital psiquiátrico sem vínculos familiares, para possibilitar sua reintegração social (CIRILO, 2006).

A escolha desse cenário deve-se à cidade de Campina Grande-PB ser o local em que nasci, cursei a graduação em Enfermagem e realizei pesquisas em saúde mental, que foram os primeiros estudos na iniciação científica. E, principalmente, devido ao compromisso que tenho com o município de fornecer um retorno, contribuindo com o processo de transição da atenção em saúde mental, baseada nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

Além da familiaridade com o local selecionado, no estado da Paraíba, a cidade de Campina Grande se destaca por ter conseguido organizar uma rede de atenção à saúde mental estruturada com os serviços substitutivos, sendo uma referência nacional (BRASIL, 2005a), como apresenta o Fluxograma I.

Fluxograma I – Serviços de Saúde Mental para adultos de Campina Grande – PB (2011)



Fonte: Ministério da Saúde

Conforme o Fluxograma I, a distribuição dos serviços de saúde mental para população adulta na cidade de Campina Grande é constituída por três CAPS, sendo dois gerais e um de álcool e outras drogas, dois centros de convivência, uma unidade de referência em psiquiatria. Além desses serviços existem dois CAPS voltados para o atendimento da clientela infantil que não estão englobados nesse fluxograma.

Por sermos em quantidade restrita em número de pessoas para a coleta do material empírico, o cenário do estudo foi constituído em três CAPS: CAPS geral III, um CAPS infantil e o CAPS álcool e outras drogas. Esta delimitação se justifica devido à finalidade deste estudo em conhecer as representações sociais da prática profissional dos profissionais, sendo assim, o serviço substitutivo CAPS, desta localidade, é aquele que apresenta uma rede de profissionais de nível superior.

O Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil está cadastrado no CNES como uma organização pública municipal de administração direta da saúde do Ministério de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde. Apresenta uma equipe técnica formada por dezenove profissionais, dos quais são dois assistentes sociais, um enfermeiro, um fisioterapeuta, três fonoaudiólogos, um neurologista, três pedagogas, um pediatra, cinco psicólogos, um psicopedagogo e um psiquiatra. Está habilitado como CAPS infantil segundo a Portaria SAS 845/2006, realizando atendimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, com fluxo da

clientela por atendimento de demanda espontânea e referenciada. É um serviço de atenção psicossocial que fornece atendimentos nos turnos manhã e tarde, das 8h às 17h.

O Centro de Atenção Psicossocial geral III de Campina Grande-PB está cadastrado no CNES como uma organização pública municipal de administração direta da saúde do Ministério de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde. A equipe técnica formada por dezessete profissionais, dos quais são um assistente social, seis enfermeiros, um fisioterapeuta, um médico psiquiatra, dois pedagogos e seis psicólogos. Está habilitado como CAPS III segundo a Portaria SAS 708/2006, apresentando atendimentos ambulatoriais de média e alta complexidade e hospitalar de alta complexidade em nível de internação com oito leitos, com fluxo da clientela por atendimento de demanda espontânea e referenciada. É serviço de referência de três Residências Terapêuticas do município, uma mista e duas masculinas (DATASUS, 2011). É um serviço com funcionamento de 24 horas, contudo, nos finais de semana existe apenas o atendimento a nível intensivo daqueles usuários que estão em regime de internação.

O Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas do município, esta cadastrado no CNES como uma organização de administração direta da saúde do Ministério de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, sob responsabilidade da gestão municipal. A equipe técnica formada por onze profissionais, dos quais são dois assistentes sociais, um educador físico, um enfermeiro, um médico clínico, dois pedagogos e quatro psicólogos. Está habilitado como CAPS ad segundo a Portaria SAS 704/2006, contando com atendimentos ambulatoriais de média e alta complexidade recebendo o fluxo da clientela por demanda referenciada. A área de abrangência é de todo o município, devido a ser o único CAPS especializado em álcool e drogas local. Funciona em horário diurno, de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h (DATASUS, 2011).

4.3 Participantes do estudo

Os sujeitos que integraram a pesquisa compunham a equipe técnica de nível superior – enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, educador físico, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, pedagogos, dos CAPS selecionados da cidade de Campina Grande-PB.

Os critérios de inclusão foram: atuar no serviço em uma ocupação de nível superior; há pelo menos seis meses, por entender-se que com este tempo o profissional esteja inserindo no serviço e em suas práticas. Para isso, os profissionais que aceitaram participar, voluntariamente, do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Quanto aos critérios de exclusão foram: profissionais que não se encontravam no serviço, durante o período da pesquisa, desempenhando suas atividades.

Para a composição do número de participantes deste estudo levamos em consideração a Portaria/GM nº. 336/2002, que define o número mínimo de técnicos (profissionais de nível superior) que são obrigatórios para o funcionamento.

4.4 Aspectos Éticos

O desenvolvimento do estudo seguiu as diretrizes emanadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as normas aplicadas a pesquisas que envolvem, diretamente ou indiretamente, seres humanos (BRASIL, 1996).

Antecedendo o trabalho de campo, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, devido ao local de realização do estudo, e foi iniciado após a emissão de parecer favorável, número 0620.0.133.000-10 (Anexo 1). As informações sobre a pesquisa foram repassadas aos participantes, os quais assinaram, em seguida, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Apenas após a concordância pela assinatura é que se iniciou a coleta de dados.

Concomitante à assinatura do TCLE foram fornecidas informações acerca pesquisa, motivos para gravação, sigilo e anonimato do material obtido, firmando que seus nomes seriam codificados, para que os participantes tivessem conhecimento que seus discursos não seriam revelados como pessoal e assim se sentissem a vontade para expressar-se sobre sua prática profissional.

Foram garantidos o sigilo de informações confidenciais e o anonimato em qualquer forma de divulgação dos resultados, fundamentados na bioética, de acordo com os princípios que orientam a Resolução 196/96 (BRASIL, 1996), quais sejam, autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça. Para dar cumprimento a esse requisito, os formulários e conteúdo das entrevistas estão mantidos pela pesquisadora, evitando a manipulação por técnicos exteriores à pesquisa e o

vazamento acidental de informações que viessem a comprometer os participantes. Todos os documentos resultantes do estudo estão guardados por um período de cinco anos, após a finalização do estudo, como preconiza a Resolução 196/96. Para garantia do anonimato, os/as participantes estão identificados por um código TSM (técnicos em saúde mental) seguido de um número, com o intuito de não permitir a associação ou revelação de identidade.

4.5 Técnicas de produção do material empírico

A Teoria das Representações Sociais permite uma larga flexibilidade metodológica quanto à escolha das técnicas de coleta e de análise do material empírico, por esse motivo, a escolha foi guiada pelo objetivo que se pretendia atingir. Nesse estudo, os dados empíricos foram obtidos segundo a seguinte sequência: Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) (APÊNDICE B), Roteiro de entrevista estruturada de dados sócio-demográficos (APÊNDICE C) e do Grupo focal (APÊNDICE D).

O TALP é muito utilizado quando se opta pela Teoria do Núcleo Central. Está baseado em formações verbais e reduz as dificuldades e limites das expressões discursivas de outros métodos de coleta de dados e analisa a subjetividade dos atores participantes do estudo, fazendo parte das técnicas associativas de coleta de dados (OLIVEIRA, 2003). Consiste em solicitar ao sujeito que produza as palavras, expressões possíveis ou determinado número de evocações, a partir de uma expressão ou palavra indutora. A evocação como algo projetado pela mente é entendido como uma lembrança trazida da memória dos indivíduos (OLIVEIRA et al, 2005). Por ser menos controlada e unida à dimensão projetiva, permite obter os elementos formadores do universo semântico do objeto.

O TALP teve dois estímulos indutores e visuais, o primeiro 'Atuação profissional em saúde mental' e em seguida, essa expressão em si mesmo, 'Minha atuação profissional em saúde mental'. A quantidade de evocações foi delimitada em seis, uma vez que acima desse número ocorre uma redução na rapidez das respostas que remete a um trabalho lógico, perdendo a característica de ser natural e espontâneo, requerido pelas evocações (OLIVEIRA et al, 2005). O roteiro de entrevista estruturada contém informações sócio-demográficas e de formação

profissional que foram utilizadas para caracterização dos participantes (APÊNDICE C). A entrevista foi realizada logo em seguida à aplicação do TALP.

O uso do grupo focal como técnica para obtenção das representações sociais tem sido orientado por estudiosos da área (PEREIRA, 2005), por propiciar construir uma diversidade de conhecimentos acerca do objeto da representação, já que agrega a entrevista em grupo à dinâmica deste.

A técnica de coleta de dados através do grupo focal reverte-se em um tipo de entrevista em grupo que permite a interação entre os sujeitos da pesquisa para obter dados. Possibilita a coleta de dados de várias pessoas ao mesmo tempo, valoriza os processos grupais e auxilia os sujeitos a explorar e ampliar a visão; permite identificar os valores do grupo, estimula a interação e a comunicação entre os sujeitos e esclarece o ponto de vista dos sujeitos por meio do debate. Além disso, o trabalho em grupo permite ao pesquisador visualizar os inúmeros modos de comunicação utilizados pelas pessoas na interação cotidiana, além do que conhecem e experienciam, dados que não são facilmente obtidos em entrevistas individuais (POPE, MAYS, 2009).

Um dos efeitos advindos do uso de metodologia com o grupo focal está na interação dos participantes com o pesquisador, que tem como finalidade coletar dados por meio da discussão baseada em tópicos específicos, disso resultando a denominação grupo como foco, pois, trata de um assunto que é comum a todos que participam.

Uma das principais vantagens do grupo focal é:

basear-se na tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos. Ele contrasta, nesse sentido, com dados colhidos em questionários fechados ou entrevistas individuais, onde o indivíduo é convocado a emitir opiniões sobre assuntos que talvez nunca tenha pensado anteriormente. As pessoas, em geral, precisam ouvir as opiniões dos outros antes de formar as suas próprias, e constantemente mudam de posição (ou fundamentam melhor sua posição inicial) quando expostas à discussão em grupo. É exatamente este processo que o grupo focal tenta captar (LERVOLINO; PERLICIONE, 2001, p. 115).

Existe a concepção de que a presença de vários participantes pode inibir, de início, a expressão de alguns. Mas, considera-se, também, que a atividade em grupo facilita a discussão de assuntos difíceis porque aqueles sujeitos menos inibidos fornecem apoio, movimentam o grupo e promovem a participação conjunta (POPE; MAYS, 2009).

Lervolino e Perlicione (2001) apontam que os participantes não devem ser conhecidos entre si, todavia, tendo em vista os objetivos do estudo, o ineditismo desta pesquisa se dá na oportunidade de que a equipe multiprofissional possa discutir saúde mental, suas práticas, concepções e, nesse ínterim, refletir sobre a própria atuação profissional. A composição do grupo focal teve entre sete a 12 participantes, todavia, recomenda-se que seja convidada a participação de 20% a mais de pessoas em caso de algum não comparecimento. Foram realizados três grupos focais, com grupos de pessoas diferentes, um em cada serviço.

Os profissionais da pesquisa foram convidados no serviço, tendo em vista os critérios de inclusão e exclusão e a voluntariedade para a participação. Como enfermeira e pesquisadora desse estudo, nos apresentamos em reunião com a equipe profissional de cada CAPS, momento no qual foi informado o tema da pesquisa e solicitada a contribuição no estudo. Após a concordância em participar da pesquisa, agendamos em conjunto as datas, horários e locais que melhor se adequariam às pessoas envolvidas.

Para a condução do grupo focal é necessário um moderador, em geral o próprio pesquisador que garante a abordagem dos tópicos importantes no estudo do modo menos diretivo possível, e dois auxiliares, um relator que anota os pontos interessantes à pesquisa e um observador que contribui com a observação da comunicação não verbal (LERVOLINO; PERLICIONE, 2001).

A duração do grupo focal foi em torno de uma hora (Quadro01), os participantes estavam sentados em cadeiras dispostas em um círculo. Quando do início do grupo focal foram fornecidas informações sucintas sobre os objetivos do grupo, explicadas as regras gerais, como a não necessidade de consenso sobre determinado assunto, podendo existir diferenças de perspectivas.

Em seguida, iniciou-se a condução do roteiro de tópicos quanto às questões de investigação (APÊNDICE D) que o estudo se baseia.

Os grupos focais foram gravados em mídia digital com gravadores de voz, sendo, posteriormente, transcritas *ipsis litteris*. Para isso, a entrevista foi realizada em um local no qual não existam ruídos e interrupções, tal espaço foi definido no próprio serviço. Antes do início da entrevista os equipamentos foram testados, verificados o funcionamento e domínio da tecnologia.

A técnica de grupo focal permite preservar o conteúdo das informações por coletar palavras e demais recursos da fala como silêncios, risadas, mudanças no

tom de voz, que permitem a interpretação das reações, movimentos e ainda proporciona focar a atenção nos participantes e no processo de grupo.

A coleta do material empírico foi realizada entre os meses de janeiro e fevereiro de 2011 em quatro etapas: apresentação do projeto nos serviços; seleção dos participantes; entrevista individual; e grupo focal.

1º) Apresentação do projeto nos serviços - Durante o mês de janeiro/2011 foram realizados os primeiros contatos com os coordenadores dos serviços selecionados, CAPS i, CAPS ad e CAPS III, aos quais foi apresentado o projeto de pesquisa, que iria ser desenvolvido, e agendado uma reunião com a equipe de profissionais de cada serviço para que pudesse estar expondo o projeto e solicitando a participação daqueles que estivessem de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. A apresentação ao grupo ocorreu durante a reunião semanal de equipe, em um espaço aberto pelo serviço para que fosse realizada uma breve exposição. Foi nítido o interesse no estudo, que até fomentou certa insatisfação por parte de alguns componentes da equipe profissional que não atendiam os critérios de inclusão por estarem no serviço há menos de seis meses.

2º) Seleção dos participantes - Após a apresentação aos profissionais foi exposto que a pesquisadora estaria freqüentando o serviço para que pudesse contatar individualmente os profissionais que quisessem participar. Assim, foram realizadas visitas aos serviço em horários aleatórios, definidos por sorteio, durante os diversos turnos e dias da semana para que pudéssemos estar encontrando os profissionais. A seleção dos participantes apresentou dois critérios distintos: primeiro a participação na entrevista individual, que foi realizada com todos os profissionais que atendiam aos critérios de inclusão, estavam desempenhando suas atividades no serviço na época da coleta de dados e que consentiram em participar; e segundo a participação no grupo focal, respeitando-se o limite do número de participantes.

De acordo com a literatura (GURGEL et al, 2011) cada grupo focal deve ter no máximo 12 participantes, devendo ser convidado um percentual de 20% a mais em caso de ausências inesperadas, assim, nos serviços cuja equipe técnica era formada por mais de 12 profissionais, contataram-se os 12 primeiros profissionais entrevistados, e depois mais dois, que foi uma margem de segurança em caso de algum integrante não poder comparecer. Naqueles serviços cuja equipe era menor que 12 participantes, foram contatados todos que desejavam participar e se incluíam nos critérios de inclusão e exclusão.

3º) Entrevista individual - Após a confirmação do desejo de participar da pesquisa foi realizada uma entrevista individual com cada participante, somando um total de 36 entrevistas, na qual foi assinado o TCLE (APÊNDICE A), aplicado o TALP (APÊNDICE B) e coletados os dados sócio-demográficos, por meio do roteiro de entrevista estruturada (APÊNDICE C). As entrevistas ocorreram no próprio serviço de atuação, em um momento oportuno e agendado para cada participante, em uma sala reservada à escolha do profissional, com o mínimo de interferência externa. Antes da assinatura das duas cópias do TCLE o termo era lido em conjunto e, ao final, uma das cópias era fornecida ao participante. Na aplicação do TALP o tempo médio de respostas foi de 3", uma vez que eram dois estímulos e seis evocações em cada.

Durante as entrevistas individuais, muitos participantes expuseram certas situações com relação ao trabalho em saúde mental, que posteriormente foram abordadas durante o grupo focal. A frequência aos serviços aliada à entrevista individual foi importante por favorecer o conhecimento da e pela a equipe e ter uma interação mais próxima com os participantes, o que permitiu certa flexibilidade e a naturalidade dos profissionais na presença da pesquisadora para realização da etapa seguinte.

4º) Grupo focal – Foi realizado um Grupo Focal com cada grupo de participantes dos serviços. As sessões foram realizadas nos próprios CAPS de origem dos participantes, devido à inviabilidade de deslocamento de todos para outro local. Todavia, o uso dos espaços do próprio CAPS não interferiu na dinâmica das sessões. O ambiente selecionado em cada serviço foi uma sala ampla, em que todos puderam ficar sentados em círculo, que tinha o mínimo de interferência externa, condições ambientais agradáveis, sendo organizada para a ocasião. Cada grupo focal foi agendado no dia em que a maioria dos participantes estariam no Serviço, no turno da reunião semanal de equipe. O agendamento foi confirmado com a coordenação de cada Serviço, de modo a que não interferisse nas atividades cotidianas.

As sessões foram moderadas pela própria pesquisadora, que buscou introduzir as questões, garantir oportunidade para participação de todos e estimular o encadeamento de cada grupo focal pela própria interação dos participantes. Em cada sessão houve o suporte de dois observadores, desconhecidos dos participantes, para o auxílio quanto às anotações das comunicações verbais ou não

pertinentes encontradas nos grupos, que, posteriormente, reuniram-se com a pesquisadora para discutir as impressões sobre o encontro. O Quadro I apresenta uma sumarização acerca da organização de cada grupo focal:

Quadro I: Composição dos Grupos Focais

Serviço	Duração	Participantes
A	1h 30min	Assistente social (1) Enfermeiro (5) Fisioterapeuta (1) Pedagogo (1) Psicólogos (3)
B	1h 10min	Fisioterapeuta (1) Fonoaudiólogo (3) Pedagogo (2) Psicólogos (5)
C	1h 10min	Assistente social (1) Enfermeiro (1) Pedagogo (2) Psicólogos (3)

Das 36 entrevistas realizadas, os Grupos Focais foram agendados para um total de 31 participantes. Dos entrevistados que não se fizeram presentes, três haviam relatado previamente sua impossibilidade devido ao horário agendado em maioria, um chegou após o início do grupo, e um preferiu não participar do Grupo, mesmo estando presente no serviço, em que foi respeitado. Todavia, houve o absenteísmo de um enfermeiro e um médico que foram justificados, posteriormente, devido a outros compromissos profissionais. Durante a realização da primeira sessão em cada serviço, um enfermeiro e um médico do Serviço A e um médico do Serviço B encontravam-se em período de férias, o que constitui o critério de exclusão.

Como no convite para participar do grupo focal, os profissionais haviam sido informados, superficialmente, acerca da temática da discussão, objetivo, método de pesquisa, para que não trouxessem ideias pré-concebidas, no dia anterior à realização do evento foram realizadas ligações ou entregues bilhetes a cada participante.

No serviço A, o Grupo focal teve duração de uma hora e trinta minutos e contou com a participação de onze profissionais. No serviço B, o encontro teve duração de uma hora e dez minutos, com 12 participantes. No serviço C, o encontro teve duração de uma hora e dez minutos, com sete profissionais.

Antes da recepção dos participantes no local pré-definido, organizamos o ambiente com as cadeiras postas em círculo fechado, de frente umas às outras para que os profissionais ao se acomodarem pudessem dispor-se de modo a facilitar o contato entre si, colocando o pesquisador e os observadores fora do círculo formado. A disposição dos participantes nas cadeiras foi realizada segundo as próprias afinidades, afastando-se, aproximando-se como lhes era peculiar. Os gravadores ficaram dispostos em diferentes locais do espaço, de modo a captar todos os discursos, independente da localização do participante.

Os grupos focais se realizaram nos próprios serviços, devido a questões relativas ao ambiente de trabalho, locomoção, distribuição de horários, o que foi acordado com os coordenadores de cada local.

Após a recepção dos participantes em um clima de acolhimento, foram esclarecidos os objetivos e regras para realização do grupo focal, que auxiliaram na autonomia dos participantes, como ouvir de modo ativo, falar oportunamente, abster-se de conversas paralelas e domínio das discussões, permitir a expressão de pensamentos, mesmo que contrários, estímulo à participação de todos (GURGEL, 2011).

A realização de cada grupo focal seguiu a sequência: explanação sucinta do que é a técnica e explicação de dúvidas, exposição dos temas e desenvolvimento pelo grupo, resumo da sessão e confraternização com um lanche.

Fornecemos a cada participante um código para facilitar o registro dos observadores na anotação de seus dados, que foi motivo de entrosamento entre o grupo e questionamos se existiam dúvidas. Em seguida, partimos para a abordagem das questões trazidas para a condução do grupo focal, respaldado no roteiro com perguntas norteadoras, que foram expostas em cartazes em diferentes ângulos da sala, que foram elencadas a partir do próprio desenrolar dos discursos e articulações entre os profissionais. Posteriormente, convidamos todos a participar de um momento de confraternização oferecendo um lanche.

Após a realização de cada grupo focal foi realizada uma reunião com os observadores para construção conjunta dos dados coletados ao longo do encontro, com o intuito de multiplicar as informações e complementar a análise.

4.6 Tratamento, análise do material empírico e apresentação dos resultados

As evocações referentes ao TALP foram analisadas segundo a Teoria do Núcleo Central, a partir da qual foi construído um quadro das quatro casas, para identificação dos termos centrais, periféricos e analisadas segundo o referencial da Reforma Psiquiátrica.

Os dados referentes ao TALP foram trabalhados com auxílio do *software* EVOC, elaborado por Pierre Vergès e seus colaboradores, que possibilita a circulação de dados para futura análise das evocações pelas freqüências dos termos evocados, ordens de evocação e de importância (BARCELLOS et al, 2005; OLIVEIRA et al, 2005), de acordo com a Teoria do Núcleo Central, e apresentados a partir do quadro das quatro casas, com o núcleo central e seus elementos intermediários e periféricos.

Os termos evocados podem ser apresentados por meio do quadro das quatro casas, que se trata de um quadro com quatro quadrantes e apresenta o núcleo central no primeiro quadrante à esquerda, os elementos intermediários e os periféricos no quadrante inferior à direita. O quadro é construído a partir da freqüência média de evocação das palavras e da ordem média das evocações produzidas (OLIVEIRA et al, 2005).

Os discursos dos/as profissionais foram submetidos à análise de conteúdo (BARDIN, 2009). A justificativa para utilização dessa análise deve-se ao fato de que quando definidas corretamente, em detalhes e análises conjuntas, conseguem obter as explicações e relações causais entre os fenômenos (FREITAS, 2000).

Segundo Bardin (2009) a organização da análise temática de conteúdo ocorre em três fases distintas:

- Pré-análise, organização em si a partir de intuições, estabelecendo uma sistematização das ideias iniciais;
- Exploração do material consiste em encontrar os núcleos de sentido ou categorias, cuja freqüência de enunciação tem algum significado para os objetivos.
- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação, a partir de preparações estatísticas são estabelecidos os resultados, sendo propostas inferências e interpretações com vistas aos objetivos propostos e a novas descobertas.

Os resultados decorrentes dos discursos estão apresentados em categorias e subcategorias, ilustradas com recortes de falas dos/as profissionais. Uma vez que se faz necessário construir categorias para o estudo das representações sociais a

literatura defende que “os elementos que a constituam sejam similares entre si, se diferenciem claramente dos elementos das outras categorias e que possuam claramente algo que as caracterize” (PEREIRA, 2005, p.54). Todos os resultados foram analisados de acordo com o referencial teórico e os seguintes pressupostos da Reforma Psiquiátrica: ressocialização, cidadania, escuta, trabalho comunitário, matriciamento, clínica ampliada, cuidado psicossocial, responsabilidade profissional.

5 A PRÁTICA NOS NOVOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DE CAMPINA GRANDE/PB – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS

Neste tópico será apresentada a aproximação construída das representações sociais sobre a prática profissional nos novos serviços de saúde mental, construídos com base nos preceitos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Inicialmente, serão apresentados os sujeitos do estudo, caracterizando-os em seus aspectos sócio-demográficos e profissionais, seguindo-se com a apresentação de suas representações sociais sobre a prática profissional que vem sendo construída nas várias modalidades de CAPS do município de Campina Grande, na Paraíba.

5.1 Caracterização dos Participantes do Estudo

A diversidade dos achados coletados nas realidades dos campos de pesquisa permitiu uma articulação complexa entre os dados empíricos e a literatura científica, no intuito de justificar o método para a formulação do conhecimento científico. Para isso, buscamos abranger criticamente o contexto, por meio das vivências, problematizações, informações provenientes da literatura, embasadas nos parâmetros da Reforma Psiquiátrica brasileira, que fundamentam as temáticas desse estudo.

Durante a realização desta investigação, devido à variedade dos dados, optamos em apresentá-los e discuti-los em subitens: os sujeitos pesquisados, nos quais são descritas características sócio-demográficas e de formação; o Quadro de quatro casas, decorrente das evocações provenientes dos TALPs, por meio do qual expomos o núcleo da representação social e seus elementos periféricos; as categorias temáticas e suas subcategorias, fruto dos discursos dos participantes, que exploram as representações acerca da prática profissional no contexto em que estão inseridos.

Participaram do estudo 36 profissionais, sendo 29 do sexo feminino e 07 do sexo masculino, o que aponta para o predomínio da mulher nos serviços de saúde. Quanto à idade, dez tinham entre 24 a 29 anos, dez entre 30 a 35 anos, quatro entre 36 e 41 anos, sete entre 42 e 47 anos, três entre 48 e 53 anos, e dois entre 54 e 59 anos, verificando-se um grande número de recém-formados nos quadros

profissionais dos serviços. Sendo 18 casados, 16 solteiros, um com união estável e um divorciado.

A respeito da formação em nível superior, dentre os participantes existe um graduado em Educação física, oito em Enfermagem, dois em Fisioterapia, três em Fonoaudiologia, um em Medicina, cinco em Pedagogia, doze em Psicologia e quatro em Serviço Social. É evidente a maioria das outras classes profissionais em detrimento da médica, o que está em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a), que determina que a equipe mínima deve ser composta por um médico psiquiatra no CAPS ad, dois no CAPS III, e um psiquiatra, ou neurologista ou pediatra no CAPS i. Assim, foram contatadas, principalmente, as demais categorias profissionais que compõem a equipe mínima obedecendo à exigência de diversidade profissional dos CAPS.

As equipes multiprofissionais dos CAPS devem ser compostas por técnicos em saúde mental de nível superior de diversas formações como “enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física ou outros necessários para as atividades oferecidas nos CAPS” (BRASIL, 2004a, p.26), além de profissionais de nível médio, equipes para limpeza e cozinha.

A renda pessoal mensal dos participantes variou de dois e meio a dez salários-mínimos, entre aqueles que informaram a esse respeito. Contudo, é importante ressaltar que os profissionais que apresentavam rendas maiores em comparação aos demais detinham, também, outros vínculos empregatícios, além do serviço de saúde mental.

Ao abordar acerca do vínculo de trabalho, do total de participantes dos três serviços, apenas oito eram efetivos, enquanto entre os demais o vínculo decorre de contratos temporários ou são celetistas. Essa situação corrobora com os achados de estudo conduzido por Milhomem e Oliveira (2007) ao elaborar uma reflexão acerca do trabalho e práticas de atenção de dois CAPS em Mato Grosso, o que representa uma situação difícil na realização da atenção psicossocial, pois a falta de segurança quanto à permanência e crescimento profissional ocasiona reduzidas possibilidades de contratualidade na execução de práticas autônomas e emancipatórias.

Os achados coadunam com os resultados do estudo de Reis e Garcia (2008) ao apontar acerca da precariedade dos vínculos trabalhistas da equipe profissional do serviço de atenção a usuários de álcool e outras drogas, que ocasiona consequências à equipe, à rotatividade de pessoal, à continuidade da atenção devido às interrupções das atividades, à qualidade da assistência fornecida aos usuários e à comunidade.

Assim, questiona-se, se o vínculo de trabalho é frágil e garantido por meio de acordos pessoais com o gestor local, ao invés da capacitação técnica, que liberdade esse profissional tem para participar e se colocar nas discussões acerca das práticas e na própria execução do cuidado?

A respeito do tempo de trabalho no serviço substitutivo de saúde mental, dos que estavam atuando à época da coleta dos dados, dez profissionais atuavam de seis meses a um ano, cinco de um a dois anos e meio, dez entre três e quatro anos, e dez tinham entre cinco a sete anos de atuação. É importante enfatizar que os CAPS são serviços recentes no município de Campina Grande-PB, o que justifica o breve tempo de vinculação exposto (CIRILO, 2006; DATASUS, 2011).

A respeito da prática profissional, todos os participantes referiram atuar na assistência, e apenas cinco em cargos de chefia simultaneamente. Evidenciamos esse dado, uma vez que entre os participantes oito são enfermeiros, e os CAPS têm, na composição dos recursos humanos, profissionais de nível médio, entre os quais se encontram os técnicos ou auxiliares de enfermagem (BRASIL, 2004a), e, privativamente, cabe ao enfermeiro a direção das atividades técnicas e/ou auxiliares existentes nos serviços de enfermagem (BRASIL, 1986).

Com relação à jornada semanal de trabalho nos CAPS, dispendida pelos participantes, 31 referiram ter uma carga horária de 20 a 40 horas, quatro com 20 horas, e um, mais de 40 horas semanais. A respeito da capacitação teórico-prática para a atuação na área, 27 profissionais relataram ter realizado Especialização em Saúde mental, após terem-se vinculado como profissionais dos serviços. Essa situação foi favorecida devido à promoção da oportunidade dessa formação, a primeira vez em 2007, pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), na qual foram oferecidas vagas aos profissionais dos novos serviços de saúde mental; e, a segunda vez, em 2009 e 2010 quando foi ofertada

pela Secretaria Municipal de Campina Grande e Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) para os diversos profissionais da rede de saúde mental do município (UFCG, 2008).

Por tais motivos, destacamos a relevância dessas oportunidades oferecidas pelo poder público, acerca do incentivo à capacitação, fato que demonstra estar implicado com o processo de Reforma Psiquiátrica e construção de novas práticas de atenção em saúde mental.

Além desses cursos de pós-graduação, os profissionais relataram ter realizado outros também de caráter *lato sensu*, destacando-se: Clínica Hospitalar e Organizacional, Dermato-Funcional, Gestão de Recursos Humanos, Motricidade Orofacial, Neurologia e Neurocirurgia, Psicopedagogia, Psicologia da Infância e Adolescência, Saúde da Família, Saúde Pública, Trauma e Ortopedia. As formações mostram articulações com as práticas de saúde mental desempenhadas e, também, com os demais vínculos empregatícios que os profissionais detêm. Assim, todos os profissionais, com ausência de uma que havia-se formado há apenas seis meses, detinham alguma pós-graduação. Dois participantes revelaram ter cursos *stricto sensu*, um em nível de Mestrado em Saúde Coletiva, e outro está cursando o doutorado em Ciências Sociais. Além disso, os participantes reforçaram que, continuamente, participam de grupos de estudos, conferências, congressos, capacitações relativas ao âmbito de atuação.

Pereira (2007) evidencia que até 2006, frente aos mais de oitocentos CAPS criados no Brasil, não havia um número suficiente de profissionais capacitados para a atuação junto à demanda existente. Daí a relevância de uma política de formação de recursos humanos no campo da saúde mental para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, uma vez que a abordagem e a carga horária destinada aos conhecimentos em Saúde Mental nas universidades é, em geral, insuficiente e, principalmente, teórica, com ênfase nas práticas hospitalares frente às abordagens psicossociais e aos serviços comunitários.

5.2 Representações Sociais sobre a Prática Profissional – da associação livre de palavras ao grupo focal

As representações sociais sobre a prática profissional em saúde mental dos profissionais dos CAPS inclusos neste estudo estão respaldadas nas concepções, significados e sentidos apreendidos pela manifestação, consciente e inconsciente, dos participantes do estudo. Trata-se de ações sociais existentes em ambientes complexos, pois, para fornecer significado a um constituinte há que se reportar à lógica e à participação dos demais, principalmente no contexto da desinstitucionalização.

As representações encontradas envolvem as práticas, relações entre os profissionais, a rede social e de atenção, os usuários, a sociedade e o exercício do papel político frente à luta pela Reforma Psiquiátrica, as quais poderiam embasar reformulações e acertos na atenção em saúde mental.

Os elementos apresentados em pauta para definição das representações justificam-se como estratégia para se procurar a compreensão das categorias. Uma vez que a comunicação permite transformar as pessoas em uma rede de ações e reações mútuas e o que é individual pode se modificar em social, reciprocamente. Concordamos com Baldissera (2009) quando afirma que os conhecimentos e as condutas erigem-se socialmente por meio da interação, apoderamento e determinação social, por isso, as representações abordadas neste estudo apontam condições comuns, de e para pessoas, como intuito de entender os fenômenos vivenciados pelos profissionais que ecoam e moldam as atitudes.

5.3 Atuação em saúde mental versus minha atuação em saúde mental

Na associação livre de palavras, as palavras evocadas ligam-se à palavra indutora, espontânea e rapidamente, sem que haja uma elaboração cognitiva. Para isso, foi solicitado que cada participante respondesse livremente a duas questões, que exigiam respostas em palavras, **“Escreva as seis primeiras palavras que lhe vêm à cabeça quando pensa em: Atuação profissional em saúde mental”** e **“Escreva as seis primeiras palavras que lhe vêm à cabeça quando pensa em: minha atuação profissional em saúde mental”**. No instrumento fornecido, o termo indutor encontrava-se destacado das demais palavras (APÊNDICE B).

Em seguida ao registro de cada evocação pelo participante, na ordem exata em que foram emitidas, foi solicitado que colocasse os termos em ordem de importância. Para o tratamento das evocações coletadas, foi utilizado o software EVOC (Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations), versão 2000, o qual permite organizar os termos a partir da hierarquia, função da frequência e ordem de evocação e possibilita construir o quadro das quatro casas.

O produto das evocações foi organizado a partir da correção ortográfica das palavras e padronização, para que existisse uma homogeneização dos termos, formando-se um corpus para análise, que foi então colocado em um documento somente texto (Bloco de notas) para ser processado pelo software EVOC (Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations), desenvolvido por Pierre Vérge, que possibilita a distribuição das evocações de acordo com a frequência e neste estudo, ordem de importância (OLIVEIRA, 2005). A partir do cruzamento destes dados, frequência simples e ordem média de importância (OMI), é possibilitada a distribuição das palavras evocadas em um quadro com quatro quadrantes.

A escolha pela ordem de importância é dada em relação à sequência de aparição do termo, devido a orientações da literatura, que afirma que no discurso, em geral, o essencial só surge após um tempo para o aquecimento, relação de confiança e minimização dos mecanismos de defesa (OLIVEIRA et al, 2005).

Os elementos pertencentes ao quadrante central (superior à esquerda) são aqueles que apresentam maior frequência e foram mais rapidamente evocados, desse modo, aqueles que foram menos frequentes e menos rapidamente evocados constituem o sistema periférico, nos demais quadrantes.

Frente ao estímulo Atuação profissional em saúde mental, existiram 96 evocações diferentes. Para a formação do quadro de quatro casas foram utilizadas 60,6% de todas as evocações (Quadro 2), definida pela Lei de Zipf (OLIVEIRA et al, 2005) que expõe a frequência mínima que deve ser utilizada, neste caso igual a três.

Quadro 2: Distribuição por frequência (F) e ordem média de importância (OMI) das evocações a partir do estímulo **Atuação profissional em saúde mental** (N=36). (Campina Grande-PB, 2011)

	OMI < 3,5		OMI ≥ 3,5			
		F	OMI		F	OMI
F ≥ 5	amor	9	1,88	desafio satisfação	6	3,50
	compromisso	16	3,25		5	5,80
	dedicação	7	3,14			
	estudo	9	2,77			
	paciência	8	3,12			
	respeito	8	3,25			
	responsabilidade	9	2,66			
	F < 5	capacitação	4		2,75	acolhimento
cuidado		3	2,66	compreensão	3	4,33
escuta		4	3,00	coragem	3	4,00
família		4	2,50	dificuldade	4	5,50
interesse		3	2,66	equipe	4	5,25
reinserção		3	3,00	felicidade	3	3,66
				interdisciplinaridade	3	4,33
				trabalho	3	3,66
				união	4	4,75
				ética	3	3,66

Está evidenciada no quadro a presença daqueles elementos que apontam para a transformação das práticas em saúde mental. Face às circunstâncias de atuação requeridas para a prática nos novos serviços de saúde mental, o profissional necessita estar implicado com os princípios da reforma da atenção para que possa desenvolver uma prática fundamentada em estratégias libertadoras e reabilitadoras

O processamento dos dados pelo EVOC aponta os elementos “amor”, “compromisso”, “dedicação”, “estudo”, “paciência”, “respeito” e “responsabilidade” em 30,5% de todas as evocações, como os prováveis constituintes do núcleo central da representação de Atuação profissional em saúde mental pelos profissionais dos CAPS. Em particular, evidenciamos o termo “amor” como o mais rapidamente evocado (OMI=1,88) e “compromisso” como o mais frequentemente recordado (F=16), e, principalmente, a presença do termo “respeito” como elemento significativo no processo de ressignificação de conceitos com vista à transição paradigmática da atenção em saúde mental. Tendo em vista o processo histórico de atenção para com o objeto da psiquiatria, este termo aponta a real existência de um

movimento de reconstrução de práticas e saberes de atuação na área entre os profissionais.

O posicionamento desses elementos no primeiro quadrante, de acordo com a teoria, aponta que se caracterizam por serem estáveis, rígidos e consensuais, sendo os mais resistentes às mudanças (OLIVEIRA et al, 2005). Eles se relacionam à prática profissional à medida que remetem a características necessárias ao profissional para atuar na área de saúde mental. É evidente a presença dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica nesses elementos, que podem estar relacionados à formação dos participantes, em nível de graduação e pós-graduação, como exposto na caracterização, já esta voltada para a transformação das práticas tradicionais da psiquiatria.

Esses achados coadunam com estudo conduzido por Leão e Barros (2008) acerca da representação social dos profissionais de saúde mental quanto à inclusão social, no qual foi constatado que o período de transição de modelos de atenção apresenta-se nas representações uma vez que refletem perspectivas de atenção a partir do paradigma psicossocial.

Os elementos “desafio” e “satisfação” compõem a primeira periferia e correspondem aos elementos mais próximos do núcleo central, sua aproximação deve-se estar relacionada a fatores que regulam diretamente a satisfação na prática profissional. O desafio exposto pode remeter à proposta de mudança do modelo de atenção tradicional, com foco na doença, práticas curativas, biológicas, hospitalocêntricas e fragmentadas, para um modelo de bases na promoção da saúde, concepção do processo saúde-doença como fenômeno social, interdisciplinaridade, intersetorialidade, horizontalidade nas relações de trabalho, e favorecimento da autonomia das pessoas atendidas (YASUI, 2006).

A satisfação, por sua vez, pode estar associada aos fatores relacionados às condições de trabalho e relações estabelecidas com usuários e demais profissionais. Em estudo conduzido por Rebouças, Legay e Abelha (2007), entre os fatores que se relacionaram à satisfação dos profissionais dos serviços de saúde mental estão o apoio fornecido pela equipe e o contato com os usuários.

Os demais elementos apontados incluem características para uma atenção de acordo com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, tendo em vista que requerem um posicionamento ativo do profissional em busca da superação das práticas tradicionais. Tais elementos, por sua vez, remetem à nova lógica de atuação na área, o que implica uma série de outros fatores que irão repercutir no modo como cada profissional irá desenvolver essa prática profissional, daí a necessidade de aplicar o estímulo a seguir.

A partir do estímulo Minha atuação profissional em saúde mental, existiram 93 evocações diferentes. Para a formação do quadro de quatro casas foram utilizadas 77,9% de todas as evocações (Quadro 3), ao utilizar a Lei de Zipf (OLIVEIRA et al, 2005) para determinar a frequência mínima, neste caso igual a dois.

Quadro 3: Distribuição, por frequência (F) e ordem média de importância (OMI), das evocações a partir do estímulo **Minha atuação profissional em saúde mental** (N=36). (Campina Grande-PB, 2011)

	OMI < 3,5		OMI ≥ 3,5			
	F	OMI	F	OMI		
F ≥ 4	amor	8	2,37	alegria	5	4,20
	atenção	5	3,20	capacitação	4	3,50
	compromisso	10	3,40	desafio	5	4,00
	dedicação	8	2,62	desejo	4	3,50
	estudo	4	2,50	identificação	4	4,50
	prazer	6	2,83	paciência	7	3,85
	respeito	4	2,75	perseverante	5	4,00
	responsabilidade	5	2,40	realização	6	4,00
	ética	5	3,20	reconhecimento	4	4,00
F < 4	acolhimento	3	2,33	aceitação	3	4,33
	cuidado	3	2,33	ajuda	3	4,33
	dinamismo	2	3,00	aprendizado	3	3,66
	equilíbrio	2	2,50	competência	2	4,50
	escolha	2	1,50	conhecimento	2	4,50
	escuta	3	2,33	equipe	3	5,00
	gosto	3	1,00	futuro	2	4,50
	implicação	3	3,33	investimento	3	4,33
	planejamento	3	2,33	otimismo	2	5,00
	prioridade	2	3,00	remuneração	3	5,33
	profissionalismo	3	1,66	satisfatória	2	5,50
	saúde	2	2,00	surpresa	2	4,00
				união	3	5,33

Assim como no estímulo anterior, estão destacados no quadro aqueles elementos que apontam para a transformação das práticas em saúde mental.

Os elementos do estímulo anterior, em comparação a este, “Em si mesmo”, confirmam a centralidade dos termos “amor” e “compromisso”, “dedicação” e “responsabilidade” como pertencentes a ambos os núcleos centrais das representações. Ressaltamos que os elementos centrais são formados por evocações com alta frequência e ordem prioritária de evocação. Desse modo, evidenciamos que, para o conjunto de participantes deste estudo, o significado de atuar na saúde mental está relacionado a elementos que traduzem valores afetivos e atitudinais, os quais fazem referência ao comprometimento com a prática desenvolvida.

É relevante apontar a presença do elemento “estudo” e na 1ª periferia do termo “capacitação” como já pertencentes às representações dos profissionais da saúde mental. Frente ao momento vivenciado pelo campo da saúde, o estudo e a capacitação fazem-se fundamentais para a consecução da prática de acordo com as orientações estabelecidas pela Reforma Psiquiátrica.

Partimos do pressuposto de que o estudo poderá favorecer uma formação crítica, a qual, na atual fase em que se encontra a prática em saúde mental, faz-se necessária para questionar, constantemente, o conteúdo, a forma e a qualidade da assistência prestada aos usuários e a coletividade, a partir de um compromisso ético e profissional.

Entre os elementos presentes na primeira periferia “alegria”, “desejo”, “identificação” e “reconhecimento” referem-se a fatores relacionados à satisfação profissional. O alto índice da ordem média de importância significa que se trata de elementos que não foram evocados rapidamente, o que leva a questionar as relações profissionais existentes quanto aos vínculos trabalhistas, reconhecimento profissional por parte dos da equipe, usuários e sociedade, e como tais elementos afetam a identificação com a prática profissional.

5.4 Representações Sociais dos profissionais sobre a prática no CAPS

Para aprofundar o conhecimento das representações sociais sobre a prática no CAPS, optamos pela utilização do grupo focal. O uso do grupo focal na produção de dados desta pesquisa possibilitou a expressão dos sujeitos, permitindo a apreensão de suas representações sociais sobre a prática profissional em saúde mental nos CAPS do município escolhido para estudo.

Para a organização e análise do material empírico produzido nos grupos, utilizamos a análise temática de Bardin (2009) e buscamos embasamento no referencial teórico-metodológico da teoria moscoviana de Representação Social. Os temas definidos a partir da análise dos dados facultaram a estruturação de três categorias, as quais, em ordem de evidência e frequência de exposição, são: Pressupostos da Reforma Psiquiátrica, com 156 discursos; fatores que influenciam a satisfação profissional, com 89 discursos; e Ressignificação dos conceitos, com 37 discursos.

Cada categoria, por sua vez, apresenta um conjunto de subcategorias que buscam caracterizar e explicar seus elementos constituintes. Sua denominação conta com trechos das falas dos participantes que as exemplificam. Para facilitar a visualização, construímos um gráfico com as categorias encontradas (Figura 1), tendo em vista que as representações evidenciadas justapõem-se em uma relação de construção da prática.

Figura 1: Representações Sociais do grupo pesquisado sobre a prática profissional em saúde mental.



6 PRESSUPOSTOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

“A gente costuma dizer que todos nós somos técnicos em saúde mental.” (TSM10)

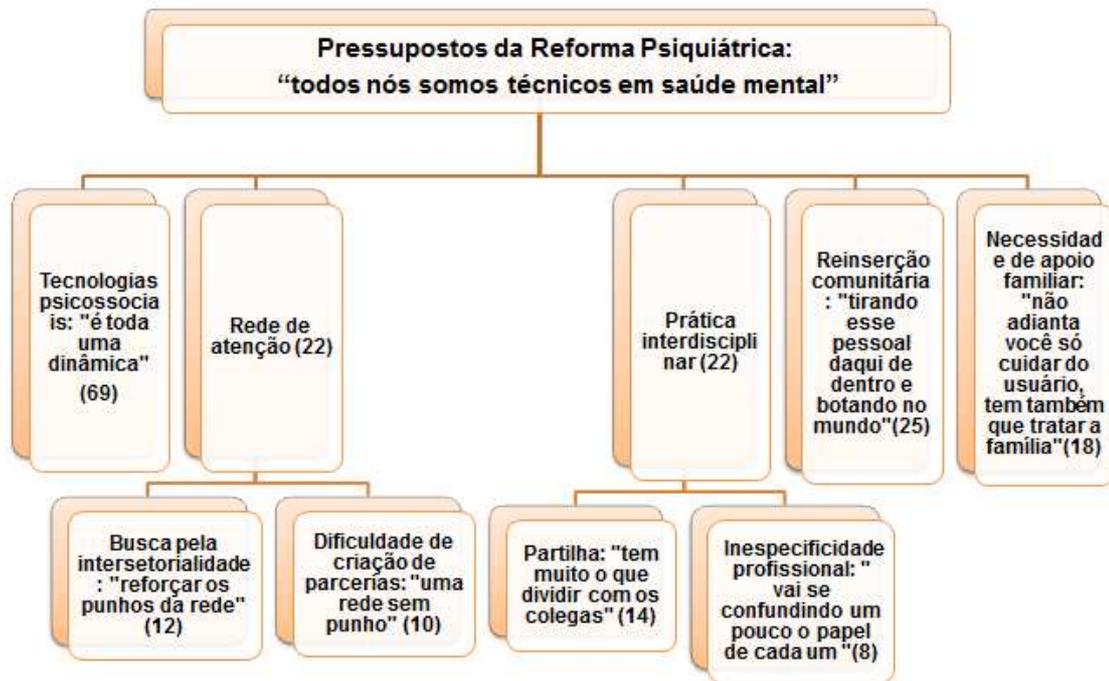
A primeira categoria evidenciada nos discursos aponta parâmetros da Reforma Psiquiátrica que já estão permeando as representações dos profissionais. Segundo Amarante (2007), o processo de Reforma Psiquiátrica apresenta quatro dimensões fundamentais: a epistemológica, a técnico-assistencial, a jurídico-política e a sociocultural que caracterizam a sua complexidade.

Esta representação evidencia a relativa apropriação da dimensão técnico-assistencial, ao propor a reconstrução das práticas nos serviços como instância no processo de transformação prática da atenção em saúde mental e social, em um movimento de acolhimento do sofrimento, articulado a uma rede de atenção pautada no território, como meio de produção de vida.

Costa-Rosa (2000), ao tratar acerca das práticas ocorridas devido à Reforma Psiquiátrica, nomeia de modelo Psicossocial devido à contradição ao paradigma psiquiátrico tradicional e predominante. A mudança efetiva de paradigma de atenção à saúde mental, segundo este autor, apenas será possível ao se obter transformações quanto à significação do objeto de atenção e meios de trabalho, cujo sujeito é ativo no tratamento propiciado por uma equipe interdisciplinar: organização dos serviços, com estratégias horizontais de gestão e participação, relacionamento com os usuários do serviço e sociedade, propiciando a escuta e espaços de interlocução, e inclusão da perspectiva ética para singularização da atenção e inclusão da dimensão sociocultural.

Desse modo, a categoria subdivide-se em cinco subcategorias que abrangem diversos aspectos relacionados à prática dos pressupostos do processo de Reforma nos serviços e estão dispostas na Figura 2 a seguir, para facilitar a visualização.

Figura 2: Sub-categorias decorrentes dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica.



6.1 Tecnologias psicossociais: “é toda uma dinâmica”

Saúde mental é toda uma dinâmica em benefício do usuário que vem para o CAPS e quando chega aqui vem precisando de todos os serviços, de todos profissionais e é o entrelaçamento de todos os serviços, e todos os profissionais de todas as áreas, em prol do bem-estar daquele usuário, é tanto que envolve não só a dinâmica com o próprio usuário, como também de toda a família. (TSM6)

O cotidiano do CAPS, as relações existentes com os usuários, a qualidade do contato entre os indivíduos do serviço, a sensação de cordialidade que habita os espaços são pontos que ocasionam, já de início, a reflexão de que os serviços constituem-se, de forma geral, em lugar de vida.

Definimos como tecnologias psicossociais as práticas que diferenciam o saber e o fazer nos novos serviços de saúde mental, em comparação com o modo tradicional, cuja ênfase eram os sinais e sintomas orgânicos, que definiam práticas em massa, em uma organização verticalizada, com único sentido de poder e caracterizada por ser uma instituição depositária e isoladora de indivíduos (YASUI, 2006).

A esse respeito, Kantorski (2007) define tecnologia como um “saber fazer”, dotado de relativa autonomia, relacionada com o processo criativo materializado no ato do trabalho em saúde.

Entre as tecnologias de atenção expostas pelos participantes iniciaremos com a abordagem de acolhimento, devido à frequência com que foi exposto e a ênfase fornecida pelos profissionais como prática primordial e comum a todos os técnicos em saúde mental. Além disso, os discursos a seguir retratam ser o acolhimento um momento singular que evidencia a concepção dos profissionais sobre o objeto de atuação.

Acho que o acolhimento é a consulta mais importante do CAPS (TSM6: “Com certeza”). O momento que ele chega, é o momento que ele é acolhido. Se ele não for bem acolhido, mesmo que seja para ele ficar aqui, ele não fica, não vai querer ficar, não é isso? Se ele não tiver um acolhimento ele vai dizer “Ah não quero ficar aqui não”, não é isso? (TSM4)

Eu tenho uma oficina de acolhimento, que no ato do usuário ser acolhido ele, posteriormente, passa pela oficina de acolhimento para mostrar mais o serviço, o funcionamento, e ver aquilo o que ele gosta de fazer, aquilo que queria que encaixasse, e tirar algumas dúvidas em relação ao serviço. (TSM3)

Acho que o acolhimento, uma coisa que a gente faz, que o profissional faz, é a porta de entrada no serviço de saúde mental, e acho que um acolhimento bem feito, muitas vezes, e assim... é que dá o manejo de todo o tratamento depois, que faz o usuário querer ficar no serviço. (TSM28: “é verdade”) acho que a questão de receber o usuário no acolhimento, é muito importante. (TSM24)

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a), o método de realização do acolhimento irá depender da estruturação de cada serviço. Trata-se do primeiro contato do serviço com o usuário, o que lhe permite uma escuta, e objetiva entender a situação vivenciada de modo abrangente, visando a criar um vínculo de confiança terapêutica com os profissionais. Este encontro não tem como objetivo principal definir um diagnóstico, mas, propiciar a construção conjunta do projeto terapêutico individual de ação com aquele usuário. Por meio desse primeiro contato o usuário será direcionado quanto à permanência no serviço ou o seu encaminhamento a outro serviço de saúde adequado à sua necessidade.

O acolhimento remete a uma situação de envolvimento com os usuários, uma vez que, como ação em saúde mental, baseia-se no estabelecimento de vínculos, escuta sensível e diálogo. No cuidado em saúde mental, Nunes et al (2008) enfatizam que as relações interpessoais e sociais devem ser vistas como o alicerce para a realização das técnicas terapêuticas e fornecem um cuidado de base prática e cidadã, bem diferenciado do modelo asilar.

Do acolhimento é que se faz a triagem. Se fica, se é o paciente para o CAPS ou não. Ou é de outro CAPS ou não é daqui. A gente faz (TSM4:

direciona), direciona-o. É uma ficha, em que a gente preenche dados e o colhe, em que ele relata toda a sua história, a gente vai fazer toda a sua historinha. A partir daí, desse acolhimento que vai para o médico, onde o medico vai ler a historinha. Não que ele não fale para o médico, ele vai falar. Mas, como TSM5 falou, um acolhimento bem feito ajuda muito, porque quando o médico lê, ele já vai saber mais ou menos o que ele vai direcionar para aquele usuário. (TSM2)

Partindo do pressuposto que o acolhimento ao usuário nos serviços de saúde mental “não é estar do outro lado de uma mesa, observando o comportamento, mas estar disposto a recebê-lo e estar com ele *na* situação, participando e tentando apreender um código desconhecido (GOLDBERG, 2001, p.40)”, questionamos se a prática exposta pode ser considerada acolhimento ou triagem. Pois se observa que a equipe multiprofissional age, muitas vezes, como facilitador da atuação médica.

Conforme evidenciado nos discursos a seguir, as práticas profissionais remetem a novas estratégias de atenção, pautadas na consciência da necessidade de um olhar diferenciado e da oportunidade de escuta e diálogo como base do relacionamento com a pessoa usuária do serviço de saúde mental, seja o CAPS infantil, geral ou para usuários e dependentes de substâncias psicoativas.

Eu tenho atendimentos individuais de psicologia, um grupo de família, um grupo terapêutico, escuta, claro, no decorrer do dia –a –dia. [...] Estou sempre participando de oficinas, acompanhando outros técnicos. (TSM11)

Eu vou dizer o que eu faço realmente. Faço atendimentos individuais de fonoaudiologia, faço atendimento domiciliar também. Quanto ao acolhimento, eu participo de oficinas de aprendizagem, psicoterapia, simbolização e expressão, ludoterapia. Eu também tenho o papel de técnica de referência de alguns de alguns meninos. É aquele profissional que é responsável pelo projeto terapêutico individual de algumas crianças e de alguns usuários daqui. (TSM19)

O assistente social ele tem uma designação, vamos dizer assim, de fazer um acolhimento, fazer uma visita domiciliar, ele também é responsável por oficinas com o usuário, com a família, ele é técnico de referência do usuário. Então essa parte mais burocrática do serviço, e essencial na questão da atividade profissional, principalmente, quando a gente fala em saúde mental, é a questão do profissional, acima de tudo, de todas as funções que exerce, ele possa sentar aqui com o usuário e fazer o básico que é a escuta. Aquele cidadão, aquele indivíduo que chega aqui necessitado de muitas coisas, que às vezes a sociedade diz: “Ah! Fulano precisa de uma casa, fulano precisa de um apoio”, mas a princípio o que a gente sente a necessidade deles é, às vezes só de alguém que o escute. Acolhimento, oficina, sou técnica de referência, visita, e faço acompanhamento também à reunião de família. Especificamente falando do meu setor, eu abranjo a questão social, trago questões em relação a direitos, deveres, também trabalho autoestima deles, convívio com a família. (TSM23)

A dinâmica de práticas elencadas pelos participantes remete à base em atividades grupais, dos tipos grupo terapêutico, operativo e oficinas, elaboradas em um cronograma semanal coordenado por um ou mais TSM, em que se discutem temas e/ou são realizadas atividades artísticas, manuais, educativas, exibição de filmes.

Pautando-se nos objetivos da atenção psicossocial, a realização de atividades grupais valoriza e propicia o relacionamento social. Para isso, a dinâmica deve envolver, além da prática do fazer em si, a oportunidade de diálogo e convivência propiciados pelo encontro. Assim, não se deve limitar os encontros grupais a momentos de confecção de materiais, devido ao risco de reduzir os “espaços potencialmente ricos de convivência a espaços de fazer para não pensar, ou de manutenção da ordem institucional, e, nesse processo, também reduzir a nós mesmos como agenciadores da alienação (OLIVEIRA, 2006, p.700)”.

Estudos têm sido realizados com profissionais do CAPS com vista a conhecer a atenção fornecida nestes serviços, sob o foco da elaboração de práticas psicossociais, sendo verificado que esta atuação envolve acolhimento, escuta, diálogo, integralidade, atenção aos familiares, atividades em grupo, interação, vínculo, oficinas terapêuticas, geração de renda, desintoxicação, avaliação da evolução, atendimentos individuais, gestão do serviço, práticas em equipe, como reuniões, coordenação, encaminhamentos, atividades relacionadas à medicação como preparo, administração, grupos, registros, práticas educativas (KANTORSKI; MIEKE; TEIXEIRA JUNIOR, 2008; MIELKE et al, 2009).

Para se atuar no domicílio do usuário, conforme elencado, o profissional necessita de uma série de conhecimentos teóricos que lhe forneçam um instrumental para ir além da dimensão clínica, e construa competências apoiadas em uma visão interdisciplinar que forneçam base para essa prática profissional. Nessa atuação, o modelo psicossocial de atenção fornece parâmetros que podem ser resolutivos aos problemas evidenciados, por reconhecer o indivíduo em sua autonomia junto com a rede de apoio em uma dinâmica particular e permitir ao profissional intervenções diferenciadas e singulares (PUSCHEL; IDE; CHAVES, 2005).

Em estudo desenvolvido por Fonseca, Lacerda e Maftum (2006), os autores articularam a atenção básica com a saúde mental e a atenção domiciliar de enfermagem, fornecendo um suporte incluído no território ao usuário e à família, que

facilita o atendimento em momentos de crises ou quando da necessidade de atenção especializada. E evidenciaram que a aproximação e o vínculo promovem a integralidade na atenção ao transformar as relações de poder no movimento de ir e vir com o usuário.

Entre as tecnologias presentes, a escuta permeia a prática como uma atividade necessária e realizada, constantemente, pelos participantes, sendo considerada como atividade básica na atuação em saúde mental. Barbier (2002), em conferência realizada, aponta que é necessário que o profissional esteja aberto holisticamente para que possa promover uma escuta sensível, pois é uma estratégia baseada na empatia, tendo em vista que o profissional deve conseguir compreender o outro, independente de aceitar ou não o que este afirma, e, apenas, após isso que se deve interpretar com prudência.

As atividades artísticas, artesanais, produtivas constantes nas oficinas terapêuticas são meios para inclusão social e atuam como espaços de elaboração e reconquista do cotidiano, pautado nisso a arte teatral, musical, a pintura, marcenaria, artesanatos diversos são desenvolvidos com os usuários.

Além dessa interação e movimento, a gente vê assim, alguns transtornos, dentro do CAPS que ele vai, ter uma conotação diferente, a partir do momento da convivência entre eles. [...] a partir do momento em que eles conversam entre si, que eles dançam, movimentam-se entre si, interagem entre si, a gente percebe como alguns paradigmas são quebrados, algumas queixas, algumas dificuldades são quebradas, até a questão do preconceito. Tem um está lá e vem para cá e vem se movimentando, é interessante. Tem sido muito importante essa oficina. [...] As atividades, como é que funciona a oficina? A partir do momento da necessidade do usuário a gente vê o que é que a gente pode trazer. Por exemplo, tem momentos em que a gente trabalha a questão de recreação, traz algumas músicas que tenham sentido de busca ou de resgate de uma cidadania, traz alguns movimentos, por exemplo, nós temos alguns usuários que têm uma dificuldade tremenda, até mesmo de levantar as mãos, então a partir do momento em que você trabalha... Eles relatam depois, na oficina, 'eu estava me sentindo tão ruim, e agora eu estou bem', no simples levantar das mãos, espreguiçar, no momento de espreguiçar (gesticula), naquele momento ali ele relata que precisava desse trabalho. (TSM5)

A participação nas oficinas relatada por TSM5 é importante para a própria convivência entre os usuários. Ao propor essa atividade, o profissional aponta a responsabilidade com a reabilitação, para que tais estratégias tenham a conotação de apoio, orientação e aquisição de cidadania, seja nos temas abordados ou nos exercícios corporais realizados.

As oficinas terapêuticas incluem-se na reabilitação dos usuários por promover a cidadania ao propiciar atividades de geração de renda, incentivos à descoberta de

habilidades, expressão de sentimentos com vista à promoção de autonomia (MIELKE et al, 2009).

Terra e colaboradores (2006), em reflexão desenvolvida, reforçam os ganhos obtidos com as atividades grupais, recreativas, culturais realizadas nos serviços especializados em saúde mental por auxiliarem na superação do preconceito ao estimular as capacidades individuais dos usuários.

Quanto aos cuidados de enfermagem nos serviços de saúde mental, além das estratégias comuns aos demais profissionais, a abordagem clínica da enfermagem inclui exames e intervenções especializadas quanto à presença de afecções corporais, observação de efeitos adversos e/ou colaterais das medicações, cuidados com as necessidades humanas básicas, os quais, conforme expõem Kantorski et al (2006), requerem atenção adequada desses profissionais para identificação e tratamento integral dos usuários, como está evidenciado no discurso do TSM8.

No caso, as atribuições de enfermeiros e da enfermeira são as mesmas que as meninas citaram aqui, focando-se na admissão do usuário no regime intensivo, [...], porque a gente vê, faz justamente aquele exame céfalocaudal e vê todo o usuário na admissão, observa justamente o estado clínico dele, vê se há comprometimentos se não têm, se há uma condição uma patologia que possa vir a ser desenvolvida aqui dentro do serviço. É aí faz toda aquela... a atenção em si, porque têm aqueles pacientes no regime 24horas com a gente, pra que não venham a ter outros problemas à frente. O cuidado aqui com o paciente, com a administração, o cuidado quanto ao asseio corporal, a assistência na alimentação, a questão do.. do.. da remoção e transferência quando há necessidade, orientação clínica, quanto à busca de alguma solução de algum... como é que se diz, de algum... intercorrência, quando aparece alguma intercorrência, alguma coisa, então a gente age dessa forma. A atividade aqui desenvolvida pelo enfermeiro é essa, mas fora as atividades de oficinas que são desenvolvidas. (TSM8)

E o cuidado mesmo ao usuário, aquele usuário no intensivo, aquele usuário que teve a demanda maior da enfermagem? Observar se... o banho, auxílio, orientação, a consulta de enfermagem propriamente dita. Tocar, saber se ele tá bem fisicamente [...] (TSM9)

Agregadas às práticas interdisciplinares existentes no serviço, os participantes enfermeiros desempenham atividades específicas à sua formação. No contexto da Reforma Psiquiátrica, o papel da enfermagem caracteriza-se por um momento de transição das práticas voltadas à instituição hospitalar psiquiátrica para uma atuação articulada com outros saberes profissionais, e aberta à subjetividade dos indivíduos, objeto do cuidado. Oliveira e Alessi (2003) apontam que os profissionais da enfermagem não se sentem preparados para atuar na área,

justificando a prática voltada para atividades administrativas em detrimento da atenção direta ao usuário.

No contexto exposto pelos participantes, a aproximação com o usuário do serviço é nítida e demonstra o movimento voltado para o cuidado à pessoa e sua família, essência da prática de Enfermagem em saúde mental.

Stefanelli, Fukuda e Arantes (2008) referem que para atender as várias dimensões que o cuidado em saúde mental requer, necessita comprometer-se com a interdisciplinaridade dessa atenção. Para tanto precisa desenvolver competências que o habilitem para os âmbitos clínico, educativo, ético-legal da pessoa portadora de transtorno mental, na prevenção, promoção e recuperação da saúde mental, intervenção em crise às pessoas com diversas faixas etárias, independente do serviço em que atuem, seja comunitário, ambulatorial, hospitalar.

Nesse íterim, concordamos com Blegen e Severinsson (2011) ao afirmarem que, favorecidos pelo processo de desinstitucionalização, os enfermeiros na saúde mental tornaram-se agentes ativos de mudança por auxiliarem diretamente no estabelecimento de qualidade de vida dos indivíduos. Todavia, suas ações ficam restritas devido aos limites na habilidade de atuar diretamente no cuidado.

6.2 Rede de atenção à pessoa em sofrimento

A referência do participante que intitula essa categoria remete ao entrelaçamento dos fios que formam um conjunto e confere suporte para realização do seu papel de sustentação. Cada fio é extremamente importante, uma vez que necessita estar firme e íntegro em sua unidade. Por formar uma malha, fornece suporte entre si para consecução do objetivo comum. Para formar um conjunto, há tipos diferentes de fios que funcionam de modo diversificado garantindo conforto, suporte, sustentação, segurança.

A partir dos liames imbricados com a articulação de uma rede de atenção, os participantes remetem a estratégias de busca de intersectorialidade para promoção de uma atenção integral aos usuários, que será abordada na subcategoria Rede de atenção - Busca pela intersectorialidade: “reforçar os punhos da rede”, contudo, a subcategoria Rede de atenção - Dificuldade de criação de parcerias: “uma rede sem punho”, aponta a situação crítica para consecução desse objetivo.

A saúde mental remete ao setor da saúde “e ao mesmo tempo o transcende, com interfaces importantes e necessárias reciprocamente entre ele e os campos dos direitos humanos, assistência social, educação, justiça, trabalho e economia solidária, habitação, cultura, lazer e esportes, etc.” (BRASIL, 2011).

Segundo o Relatório Mundial de Saúde da Organização Mundial de Saúde (2002), a política de saúde mental pode auxiliar na diminuição das consequências existentes nos grupos vulneráveis, como as verbas insuficientes dos serviços de saúde, com a garantia de meios para minorar a exclusão. A atenção em saúde mental está diretamente relacionada com as políticas de vários departamentos do governo, sendo responsáveis pelos fatores relacionados com as perturbações psíquicas e comportamentais, devido a seus determinantes de saúde envolverem diversas instâncias governamentais. A cooperação intersetorial com a saúde mental é fundamental para que as políticas possam ser examinadas a partir das repercussões na área e contribuam com a solução para as necessidades e problemas dos portadores dessas perturbações.

Em pesquisa de revisão sobre a prevalência de transtornos mentais no Brasil, foram verificados altos índices em pessoas na faixa etária entre 25 e 54 anos que se relacionam como fatores determinantes, dentre outros, as condições socioeconômicas, desemprego, habitações precárias, baixa escolaridade, não acesso aos bens de consumo (SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

Tendo em vista que os diversos setores dos governos devem estar imbricados com a saúde mental, a OMS (2002) estipulou orientações para que os departamentos possam oferecer oportunidades. Assim, o trabalho e emprego devem ser livres de discriminação, fornecendo incentivos para que se integrem portadores de problemas mentais graves e persistentes no quadro, a partir de políticas que garantam a manutenção e a assistência aos empregados e desempregados; no comércio, sabendo-se que as reformas econômicas têm impacto direto sobre a saúde mental da população, devem atuar sobre a redução das desigualdades, diminuindo o desemprego e o impacto sobre o emprego; na educação, frente aos índices de risco à saúde mental, deve ser enfatizada a importância de se concluir o ensino fundamental completo, considerando no tipo de ensino as crianças com necessidades especiais, com realce às ações contra a discriminação; quanto à habitação, a ênfase deve ser fornecida em ações que evitem a segregação das pessoas com transtorno mental, além do estabelecimento de moradia; o

fornecimento de benefícios da previdência social deve considerar a incapacidade resultante do transtorno, para isso os profissionais desses serviços necessitam estar capacitados na identificação e encaminhamento especializado; e o sistema de justiça criminal, por sua vez, necessita evitar a prisão inadequada dos portadores de transtornos psíquicos e comportamentais e propiciar o tratamento dessas perturbações dentro das prisões, fornecendo capacitação para o pessoal.

Em uma rede, o punho é o elo de junção de todos os fios que garantem a sustentação e a manutenção do conjunto da rede. Quando o profissional remete à necessidade de reforçar tais punhos, leva-nos a questionar como (e se) está ocorrendo a intersectorialidade nos serviços de saúde mental. A própria ênfase no verbo Reforçar remete à visão ampliada da área, que abrange ações articuladas dos vários setores para a atenção integral.

A Busca pela intersectorialidade - “reforçar os punhos da rede”, compõe-se de discursos que partilham esforços para consecução da intersectorialidade com vista à promoção de uma atenção integral aos usuários dos diversos serviços de saúde mental. nítido o interesse dos profissionais, como apontam os discursos a seguir:

Reforçar os punhos da rede. (TSM24)

É isso, eu acho que agente tem que trabalhar muito nessa questão da formação das redes? Realmente de suporte da saúde mental, desse intercâmbio tem que haver, constante. (TSM17)

Nós temos parcerias com o Centro Cultural, Centro das Jovens. Eles saem daqui vão fazer cursos, nos dias que eles estão aqui, por exemplo é terças e quintas, então terças e quintas eles têm curso, então no lugar de vir para cá, eles vão para lá. As famílias também têm direito de entrar nesses cursos. Então a gente vibra as vezes que já aconteceu (TSM26).

Os participantes mostram-se atentos às necessidades de formação de redes de suporte e de articulação intersectorial com vista à promoção de uma atenção cada vez mais estruturada frente às necessidades dos usuários. O discurso de TSM26 aponta as parcerias realizadas com instituições que fornecem cursos profissionalizantes para que possam receber a demanda do CAPS, bem como aos familiares. Contudo, mesmo com essa possibilidade, a frequência da clientela a esses cursos não é constante.

É evidente que a existência dessa articulação depende de outras instâncias além dos CAPS que, muitas vezes, vão além das possibilidades do serviço de articulação, por necessitar de suporte gerencial, político das demais instâncias governamentais.

Eu acho também assim, que essa questão intersetorial ainda é muito capenga no CAPS e na saúde mental de uma forma geral. A gente ainda precisa avançar muito, inclusive, a temática da última conferência, tanto nacional quanto municipal de saúde mental, foi justamente essa questão da intersetorialidade. Porque a gente sabe que não se faz saúde mental só em um lugar, só em um serviço, porque o ser humano é biopsicossocial, ele precisa de ações intersetoriais e só um CAPS não pode dar conta de tudo, nem deve. (TSM21)

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial realizada entre 27 de junho a 1º de julho de 2010 em Brasília, teve como diferencial a participação de diversos setores que contribuem com a saúde mental devido a múltiplos motivos que estão apontados no Relatório de Gestão 2007-2010 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) como: a abrangência territorial dos novos serviços, com profissionais cujas relações trabalhistas são terceirizadas e precárias; a existência de vários setores políticos intersectoriais na assistência; a repercussão da nova organização da atenção em saúde mental na classe médica, principalmente psiquiátrica, que apresenta explícita campanha contra o movimento de Reforma Psiquiátrica; a carência de profissionais capacitados em saúde mental face à ampliação dos serviços públicos especializados, devido à baixa oferta de capacitação; a repercussão na mídia acerca do abuso do crack, que ocasionou pressões por serviços hospitalares de internação, apontados como único meio de tratamento.

Entre os avanços promovidos com essa Conferência está a apreensão de que a saúde é uma área transversal às políticas sociais, cabendo aos gestores alianças intersectoriais no estabelecimento de suas estratégias, de modo que o sistema de referência e o matriciamento deve ser realizado conforme a intersectorialidade (BRASIL, 2011).

Em busca de meios para superar os desafios impostos à articulação intersectorial, o TSM21 expõe a alternativa de criação de uma articulação com o setor da educação, para promover abertura de campo de estágio e promover, assim, mecanismos de atenção mais abrangentes aos usuários.

Frente às inúmeras atenções que são requeridas do CAPS, os participantes apontaram que a articulação com o ensino superior, promove a intersectorialidade e facilita uma ampliação da assistência e novos olhares frente à complexidade da atenção. Em uma visão crítica, o próprio TSM21 coloca que a rotina acaba por impossibilitar a percepção e a realização de práticas diferenciadas com os usuários do serviço.

Talvez a gente deva abrir as portas para outras instituições, como universidades, e trazer novos projetos para serem implementados. É claro que com responsabilidade e muito, muito compromisso, eu acho que seria uma saída bem bacana mesmo, porque a gente já teve essa oportunidade com os alunos de TSM14, e eles tiveram uma percepção, realmente, diferenciada do que a gente, por estar todo dia fazendo a mesma coisa, a gente não consegue ir tão além. E eu acho que criar um grupo, com esse pessoal, não tirando a responsabilidade da gente, de fazer o que a gente faz, entende? Mas, criar um grupo, com o apoio da gente. De fisioterapia que TSM18 realmente sente uma necessidade muito grande, por só ter ela de fisioterapeuta no serviço, mas um pessoal que viesse e fizesse uma ginástica com os meninos (TSM18: “La fora”), alongamentos. (TSM18: “trabalho social”). Seria bacana. (TSM21)

Em face dessa realidade, Rosa (2008) em estudo conduzido sobre estágio supervisionado obrigatório de Serviço social em um CAPS infanto-juvenil, verificou que esta prática vem ampliando as ações, frente à sobrecarga dos profissionais com as práticas do serviço, e articulando as redes com o território.

Ao caracterizar a rede de saúde mental como sem punhos, TSM28 reforça a representação de existência de ações individuais e sem intercâmbio entre os diversos serviços. A Dificuldade de criação de parcerias: “uma rede sem punho” compõe-se de discursos que versam acerca das dificuldades de implementação das ações intersetoriais e de parcerias com os serviços de saúde.

Uma rede sem punho. (TSM28)

A gente vai ver, realmente, qual a demanda daquela criança, se ela realmente é para CAPS, se não é, a gente vai encaminhar essa criança para o devido atendimento, se for o caso, [fala em voz mais baixa], que é aí onde mora o perigo, que a gente fica meio sem saber muito para onde mandar. Que está tudo muito cheio, o serviço era ótimo, mas, está cheio, ali não tem, não há psicóloga para o atendimento individual, mas aí, na medida do possível a gente consegue fazer isso, para outras instâncias. (TSM5)

O discurso de TSM5 expõe a dificuldade de encaminhamento dos usuários para os demais campos de saúde, uma vez que a demanda por serviços especializados é alta. Alverga e Dimenstein (2006) assumem que em face da demanda de usuários para atenção especializada na área e a ausência de assunção dos serviços de atenção básica da responsabilidade por essa clientela, os CAPS acabam limitando a abrangência do ingresso da população nessa assistência devido ao grande quantitativo que apresentam, e por outro lado, postergando a alta por longos períodos de atenção, por causa da inexistência de encaminhamentos

efetivos. Frente a esse quadro, está-se criando um novo tipo de cronificação por falta de apoio e base comunitária da rede.

Em estudo bibliográfico sobre a atenção em saúde mental infantil e do adolescente, Cunha e Boarini (2011) problematizam o processo de desligamento dessa clientela dos CAPSi, tendo em vista a necessidade de continuidade de acompanhamento e a impossibilidade de continuação da criança no serviço, que só acolhe até os dezoito anos.

Frente às demandas da saúde, as pessoas com transtornos mentais constituem-se em uma clientela com tendência a ser marginalizada, devido a motivos que estão sempre em discussão, e que incluem, a incapacidade de busca por atenção, a restrição de seus acometimentos, a baixa resolutividade dos serviços, que exigem uma transformação na assistência à saúde (PRANDONI; PADILHA; SPRICIGO, 2006).

Porque por mais que a gente tente, o que se percebe, na maioria dos casos, é que as pessoas querem que tudo seja resolvido no CAPS. Mesmo quando a gente tenta um diálogo, por exemplo, com a escola, ela aceita recebê-lo, conversar com você, desde que você resolva o problema dela. Então ela não quer se implicar naquela problemática, não entende que resolver ou dar o encaminhamento daquela problemática faz parte também de uma ação que tem que ocorrer na própria escola. Não é só uma ação do CAPS, mas é uma ação da escola, é uma ação da família, é uma ação do posto de saúde, enfim, por onde esse ser humano vive? Por onde ele passa. (TSM21)

Por mais que a Reforma Psiquiatria constitua-se em um “movimento social complexo”, os setores sociais, ainda, necessitam assumir a responsabilidade com as pessoas portadoras de transtornos mentais. No discurso exposto, TSM21 enfatiza a necessidade de co-responsabilização dessa demanda do serviço especializado com a atenção básica em saúde, a escola, a sociedade.

Dentre os princípios da Política Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil (BRASIL, 2005b) o discurso exposto aponta para a necessidade do encaminhamento implicado, o qual consiste na corresponsabilização daquele que encaminha a partir da noção de rede. Assim, aquele que encaminhou a/o criança/jovem, a escola, por exemplo, deve fazer um trabalho com o serviço para verificar os meios de atender ao caso.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) afirma que, com relação à rede intersetorial do CAPSad, 92% articula-se com a Ação social, 75% Educação, 64% com Universidades e 50% com Esporte. No contexto da descentralização dos

serviços de saúde do SUS, o PSF atua como campo para ampliação das práticas em saúde mental, facultando o desenvolvimento da atuação dos trabalhadores da área em nível local, na comunidade, em espaços territoriais próprios da população, em busca de atender o objetivo de responder à necessidade social de humanização da atenção para promover o “resgate da cidadania e a dignidade da população” (PRANDONI; PADILHA; SPRICIGO, 2006, p.357).

Complementando, eu concordo com TSM11 e com os outros, com relação a essas parcerias. E eu acho que a maior dificuldade, hoje, é em relação ao PSF. Por que nós recebemos usuários aqui que não têm perfil para CAPS e que poderiam estar em um PSF, em um grupo de saúde mental. Mas, a gente tenta contato com esse PSF e não existe esse grupo de saúde mental, onde a legislação diz que o PSF precisa estar apoiando o CAPS nisso. [...] Então, a gente vê a importância de continuar esse trabalho com o PSF, em relação à conscientização desses profissionais, que eles têm esse compromisso também e essa responsabilidade de poder assumir, o PSF, eles estão assumindo também que eles precisam dar o apoio, e muitas vezes nem têm passagem de ônibus para vir para cá e poderiam estar lá. (TSM3)

E assim, o número de PSFs é muito grande e a Equipe itinerante não dá conta, realmente, de tudo, e ainda tem os PSFs que recusam, que não tem boa vontade. (TSM18)

O PSF, por se incluir no território, pode elaborar estratégias de ação que vão desde o mapeamento do perfil da população, identificação de fatores de risco, construção de grupos de apoio para a formação de redes de troca entre os membros da comunidade e a equipe de saúde (PRANDONI; PADILHA; SPRICIGO, 2006).

A rede básica de saúde é formada por “centros ou unidades de saúde locais e/ou regionais, pelo Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência”, constituído por profissionais próximos à comunidade “e que possuem a responsabilidade pela atenção à saúde da população daquele território” (BRASIL, 2004a, p.25).

Em pesquisa avaliativa sobre a atenção médica à infância acerca da saúde mental conduzida por Tanaka e Lauridsen-Ribeiro (2006), os pediatras dos serviços de atenção básica reconhecem a incapacidade para lidar com as questões psíquicas e comportamentais tal como o fazem com as questões orgânicas e afirmam a necessidade de manter um intercâmbio com profissionais da saúde mental para poder atender melhor às necessidades da clientela.

A realidade exposta por tais autores coaduna com o discurso dos profissionais, exemplificado por TSM3 ao colocar que o serviço de atenção básica,

localizado na comunidade, em geral, não assume a responsabilidade com a clientela com transtornos mentais e/ou comportamentais, dificultando a atenção a essa clientela devido a questões sociais e econômicas relacionadas.

De acordo com o Ministério da Saúde, cabe ao CAPS o papel fundamental de fornecer apoio e capacitação a tais equipes, por meio da interação com os profissionais, mapeando casos e traçando perfil de risco, propiciando apoio matricial na atenção conjunta aos casos complexos, além de realizar ações sociais para minorar os riscos de transtorno mental e o custo das intervenções comuns (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2011). Todavia, as dificuldades são inúmeras, e os TSMs evidenciam que certos serviços de atenção básica, além de não assumirem sua clientela de saúde mental, não aceitam a colaboração do CAPS e das estratégias de articulação existentes para promover uma rede de atenção a essa clientela.

Contudo, o discurso de TSM18 evidencia que a Equipe Itinerante, responsável por essa articulação não consegue solucionar a demanda dos PSFs, devido à pouca quantidade de profissionais engajados. Questionamos, assim, qual o suporte que tal equipe recebe para poder fornecer essa assistência à atenção básica, se além de participar desse trabalho ainda está engajado com as atividades dos seus serviços de origem, que por sua vez também têm a presença de usuários em quantidade superior à capacidade de atenção que podem oferecer.

6.3 Prática interdisciplinar

A prática nos CAPS, com vista à reabilitação dos usuários dos serviços, remete a uma atenção com características coletivas que envolvem ações desenvolvidas por uma equipe formada por profissionais das diversas áreas de conhecimento, que pretendem oferecer um enfoque ampliado aos casos. A responsabilidade compartilhada dos casos objetiva fornecer uma atenção integral ao usuário, por aumentar a capacidade de resolução das necessidades e ampliar as possibilidades clínicas e tecnológicas da assistência.

A proposta interdisciplinar de atuação da equipe na área de Saúde Mental deve-se ao fato de que o adoecimento mental não se trata de “um fenômeno homogêneo simples, mas complexo e multifacetado [...] Sendo assim, as formas de atenção a ele, para o seu arrefecimento, necessitam ser as mais diversificadas possíveis.” (MILHOMEM; OLIVEIRA, 2007, p.105). Desse modo, o somatório de

ações de um mero grupo de profissionais realizando práticas isoladas e, muitas vezes, antagônicas não significa melhoria da atenção na área, que requer estratégias integradas e contextualizadas.

As representações acerca da prática interdisciplinar incluem 22 discursos que apresentam dois enfoques: Partilha - “Tem muito o que dividir com os colegas” e Inespecificidade profissional - “vai-se confundindo um pouco o papel de cada um”.

E você divide também. Tem muito o que dividir com os colegas, dividir, dividir e dividir sempre. As angústias, as conquistas, as alegrias dos usuários da gente. Eu acho que o trabalho vai fluindo. E estou aqui com vocês (risos). (TSM11)

Ao apontar que na prática profissional é necessária a constante divisão das situações, vivências, experiências, atuações, TSM11 materializa, por meio do discurso, a representação social dos profissionais acerca da prática interdisciplinar partilhada. Em Partilha - “Tem muito o que dividir com os colegas” o termo divisão, nesse contexto, não faz referência à separação e particularização, mas, à ação compartilhada como meio de superar as dificuldades inerentes ao serviço e incluir uns aos outros quando da obtenção de resultados.

Os imperativos exigidos para a atuação interdisciplinar de acordo com as modificações preconizadas, o uso de diversas tecnologias, como acolhimento e escuta terapêutica, os projetos terapêuticos individuais, a reabilitação psicossocial, o vínculo, a participação da família, têm requerido uma requalificação e expansão dos papéis dos profissionais da equipe de atenção em saúde mental (KANTORSKI; MIEKE; TEIXEIRA JUNIOR, 2008).

Os profissionais buscam espaços para diálogos ou conversas entre si com o objetivo de minimizar dúvidas, aliviar ansiedades, capacitar-se, elaborar projetos de ação com os usuários, que auxiliam na realização da prática e na expressão de dificuldades, conhecimentos, empatia, sensibilidade. Os recortes abaixo expressam isto:

E ao mesmo tempo nos dá um fortalecimento muito grande, quando a gente estuda e vai para supervisão, porque, a gente vê que está fazendo, está no caminho certo. E ver quais os pontos que estão impedindo que aquilo avance, nesses estudos, nessas supervisões a gente vai vendo e, de repente a luz aparece e a gente consegue avançar. (TSM15)

E às vezes a gente entra (na oficina), no sentido de alcançar, e às vezes não consegue e sai frustrado mesmo. Mas, tem a equipe com quem a gente

conversa, entra em acordos, e vai discutir o que não conseguiu alcançar... é isso. (TSM22)

Como exposto, a discussão em equipe na tentativa de encontrar soluções para os casos dos usuários, permite visualizar de modo mais ampliado e atender conforme a integralidade. Além de que, o apoio fornecido entre os profissionais auxilia na superação dos desafios da demanda e no direcionamento das ações.

Assim como no estudo desenvolvido por Antunes e Queiroz (2007) há entre os participantes o entendimento de que a interdisciplinaridade é fundamental para a existência de articulações entre as áreas profissionais como meio para promoção do diálogo. A interação de experiências e de informações entre as especialidades profissionais, com a finalidade de obter soluções para os problemas, mostra como o diálogo é imprescindível no trabalho interdisciplinar para se obter resultados favoráveis ao se tratar dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

É um trabalho grupal, acho que mais comportamental e cognitivista do que a gente percebe. (TSM25)

Nos serviços de saúde mental, erigidos conforme os preceitos da Reforma Psiquiátrica, para atuar frente à complexidade do sofrimento psíquico e participar do intercâmbio com o modo de vida de cada usuário é requerido, como aponta TSM25, uma aproximação e atenção interdisciplinar.

A prática aqui no CAPS, assim, vem mostrando para a gente e para toda a equipe, acaba que vai se confundindo um pouco o papel de cada um aqui. (TSM10)

Em Inespecificidade profissional: “vai-se confundindo um pouco o papel de cada um”, o discurso de TSM10 explicita a representação quanto à distorção de papéis profissionais dentro da saúde mental, em decorrência da interpretação relativa ao termo interdisciplinar como sendo a extinção do exercício próprio de cada profissão.

[...] a gente sempre faz alguma coisa que não é da nossa alçada, que acredito que seria do psicólogo, entendeu? Mas a gente sempre faz. (TSM4)

Tem as nossas especificidades, mas a gente faz coisas que não condizem com o papel do assistente social. Mas, como a gente trabalha em grupo, como é no CAPS, a gente faz de tudo. (ênfase) (TSM6)

Eu acho que a diferença primordial entre trabalhar no CAPS e atender em um hospital, em ambulatório específico, consultório tal, é você trabalhar nessa interdisciplinaridade onde não se limita a sua competência. Não é, você, às vezes, de repente está fazendo um serviço, que é atribuição de um enfermeiro, de uma assistente social, de uma pedagoga, e isso é que dinamiza o serviço. (TSM25)

Frente à relativa inespecificidade profissional presente, urge repensar acerca da situação vivenciada nos serviços de saúde mental, uma vez que ao se colocar que por atuar no CAPS é compreensível a perda do papel próprio da profissão e que se passe a praticar dentro dos limites de outras áreas, o caráter da atuação interdisciplinar está sendo distorcido em seu sentido original. Assim, questionamos, como está sendo organizada a prática e os objetivos da atenção, uma vez que o serviço pode acabar sofrendo uma deslegitimação pela própria equipe por não conseguirem se encontrar na atenção fornecida.

Uma vez que a interdisciplinaridade tem como objetivo o resgate do conhecimento humano com a realidade em que se vive, é necessária a abertura para o novo que “tem como referência negativa o reducionismo positivista o qual, em função de manter os formalismos e a quantificação nas ciências, prejudicou as noções de ser, de existência e integridade do saber humano” (ANTUNES; QUEIROZ, 2007, p.211).

Em estudo conduzido por Nunes et al (2008) é evidenciado que o diálogo reduzido entre integrantes da equipe profissional impossibilita a interdisciplinaridade, continuando a existência de uma superposição de saberes. Os discursos apontam certa escassez de discussões teóricas sobre o cuidado prestado individualmente e em grupo de usuários, o que pode ocasionar ausência de reflexão sobre a prática desenvolvida. Assim, mesmo que o usuário esteja sendo observado por inúmeros olhares, a observação pode abster-se dos fundamentos necessários para uma intervenção que contribua para sua reabilitação.

Acho que não é questão de você se limitar a um certo exemplo, você não é só, eu não sou só psicóloga do serviço. Você está precisando de alguém na cozinha, a gente vai, você não participa de uma equipe, não é interdisciplinar? Então você não vai fazer só a sua parte, você trabalha dentro de um grupo. Entendeu? Não é só aquela coisa específica. (TSM24)

Em face dessa situação, os próprios profissionais estão questionando a interpretação e a prática realizada.

No relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2002), considerada um marco por seus fundamentos no contexto da aprovação da Lei

Federal de Saúde Mental nº. 10.216/2001, ao tratar dos recursos humanos afirma-se a necessidade da prática interdisciplinar e multiprofissional para superar as fragmentações e formar novos profissionais em saúde mental implicados com a atenção.

Todavia, este profissional encontra-se inserido na própria transição existente no campo da Reforma Psiquiátrica, que preconiza o movimento do objeto de atenção da doença para o sujeito, da instituição hospitalar para a comunidade, da prática focada na medicalização para a reabilitação psicossocial, do saber médico-psiquiátrico para a abrangência interdisciplinar. Esse deslocamento requer desse profissional muito mais que o conhecimento técnico-científico, mas, o envolvimento efetivo com a construção de um outro modo de lidar com a loucura.

Em geral, a comunidade ainda retém preconceitos e medo quanto à loucura, o que não auxilia na assunção de responsabilidades na reabilitação, tratamento e reinserção social do indivíduo. Mesmo reconhecendo a prática interdisciplinar como basilar para a promoção de um novo modelo de atenção, este ainda se mantém sobre um suporte frágil.

6.4Reinserção comunitária

Eu penso em atividades fora do CAPS. Na minha opinião, se fosse possível, o que eu queria fazer era mais atividades fora, no PSF, para que o PSF pudesse acolher a demanda dele, para que o usuário, quando não tivesse em crise, não precisasse continuar aqui, pudesse fazer atividades lá, nos seus bairros, para que os clubes de mães, SABs¹, as escolas, a sociedade em si tivesse mais preparada para receber. E tudo isso, trabalho que nós já conhecemos e está aqui há... cinco anos, outras pessoas menos, já poderia fazer para estar tirando esse pessoal daqui de dentro e botando no mundo. (TSM1)

Esta subcategoria apresenta 17 discursos que apontam para o desenvolvimento de atividades pelos profissionais do CAPS com vista à promoção da inclusão do sujeito na realidade da sua comunidade, sendo a reinserção comunitária o passo inicial para se obter a reinserção social.

O CAPS como serviço aberto visa, com seus objetivos, à reinserção social dos usuários “pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (BRASIL, 2004a, p.13).

Eu acho que a gente trabalha aqui... trabalho que tem que ter, realmente, os atendimentos, mas há muito também de estar colocando-os na vida, como diz, nas coisas, na comunidade, na escola, se não, vai começar a fazer um trabalho de retrocesso. Se não tomar cuidado, como a gente toma aqui. Com certeza a gente não quer isso. (TSM17)

Eu, se fosse possível, gostaria de fazer mais trabalhos extraCAPS. Trabalhos junto com a rede, com a comunidade. Se fosse possível (ênfase)... Eu gostaria, na comunidade do usuário. (TSM17: "Inseri-lo.") na comunidade, (TSM13: "No bairro") no bairro, na vizinhança, na escola (TSM14: "Aceitação."). Porque a gente faz, mas, é muito pouco. (TSM19)

Tem outra coisa que a gente sempre está falando, se fosse possível (ênfase), a gente fazer uma viagem com eles, fazer uma excursão, a gente sempre fala, sempre fica na questão do impasse, o problema maior é como levá-los. (TSM26: Seriam atividades extra-CAPS.) Sair um pouco da casa, dessas quatro paredes. Agora em janeiro, essa oficina que eu ofereço no Parque da Criança está fazendo três anos, começou exatamente com 'O que é que a gente pode fazer diferente no mês de férias?', quando a gente está com a equipe, também, reduzida, até a própria participação do usuário tem uma diferença também. E eu sempre tive esse incômodo de ficar trancada entre quatro paredes. Então foi sugerido e foi acatado e tem sido bem aceito por eles. (TSM29)

É nítida a intenção exposta pelos profissionais de desenvolver estratégias de atenção com foco na reabilitação comunitária, por estarem se pautando no contexto da desinstitucionalização, em busca de superar a limitação dos espaços físicos e retomar os espaços sociais como meios de atenção. Ao enfatizar a necessidade de atividades extraserviço, com termos como 'incômodo', 'trancada', 'paredes' os profissionais relembram o contexto de luta contra o asilamento dos hospitais psiquiátricos, e a oportunidade de buscar novas estratégias de ação em saúde mental, nos vários dispositivos existentes na e para a sociedade.

Contudo, nos discursos ocorre a ênfase nos termos 'se fosse possível', que remete as redes, parcerias, articulações, recursos humanos e materiais, equipamentos, tecnologias, estímulos, apoio, termos que permeiam todo e qualquer contexto da saúde mental e que estão diretamente relacionados com as (im)possibilidades da prática.

Devido à base territorial, o CAPS deve inserir-se no convívio social dos usuários, com estratégias que abranjam os diversos recursos comunitários como a escola, o trabalho, a igreja, para que esses dispositivos possam estar inseridos na atenção em saúde mental e, ao retomar essas potencialidades, a reinserção possa ocorrer do CAPS à comunidade (BRASIL, 2004a).

A Política de Saúde Mental brasileira dispõe-se a partir dos princípios do SUS e das diretrizes do movimento de Reforma Psiquiátrica, que estabelecem o resgate da cidadania do sofredor psíquico para obter a reinserção social por meio do modelo psicossocial de atenção em saúde mental. Ao se pensar em desenvolver atividades de saúde mental fora da limitação do espaço físico do serviço, os profissionais estão

buscando meios para propiciar a inclusão dos usuários e a sua apropriação dos recursos comunitários existentes na sociedade.

Levava-os para o shopping, mesmo em final de semana. Eu e outro profissional, a gente colocou no nosso carro mesmo e os levou para o shopping, foi aquela coisa. Quer dizer, foi bom para eles. Eu acho que essas atividades poderiam retornar. (TSM5)

(TSM6: É chamado passeio recreativo.)

Acho que é essa questão mesmo do passeio, acho que precisa? A gente... Porque não é uma questão de uma Reforma Psiquiátrica, mas de uma reforma social, para que a gente possa estar devolvendo para a sociedade, essas pessoas, para que eles possam viver normalmente, como todo mundo. (TSM7)

Na reinserção comunitária a rede social é vista como peça fundamental, sendo o lazer considerado um meio para a apropriação de espaços como cinema, praças, permitindo ao usuário que retome o contato com a comunidade, concordamos com Coimbra et al (2005) quando afirmam que a promoção de atividades de lazer facilita a inserção e a interação do usuário e família no serviço.

A gente, às vezes, quer até fazer esse trabalho extra, mas também se esbarra na precariedade que a gente tem de recursos para desenvolver uma atividade fora daqui do serviço. Como também a questão de você não ter recursos suficientes, então, recursos financeiros, autonomia financeira que seria interessante também para a gente, para poder desenvolver atividades extraserviço. (TSM8)

Frente às estratégias evidenciadas para desenvolver atividades fora do serviço, é apontada necessidade de apoio, de recursos e de articulação intersetorial para que tais ações possam efetivar-se. A esse respeito, concordamos com Antunes e Queiroz (2007) ao colocarem que as práticas profissionais procuram atingir os objetivos estabelecidos na Reforma Psiquiátrica, mas acabam se confrontando com as dificuldades presentes nos âmbitos político, social e econômico.

A inquietação dos profissionais remete por si só à percepção dos aspectos sociais do adoecimento e da necessidade premente de um trabalho de âmbito familiar e comunitário. Não apenas no sentido estrito de propiciar o direito de ir e vir do sofredor psíquico, mas, por vislumbrar a necessidade de uma modificação cultural na sociedade (NUNES et al, 2008).

Em face das dificuldades para consecução da reinserção comunitária, alguns profissionais apontam a institucionalização como uma estratégia de atenção, como constam nos discursos a seguir:

Porque como a gente fala sempre em inclusão, trabalho comunitário, e a gente termina se prendendo muito aqui dentro do CAPS. E aí a gente se pergunta, se a gente está reinserindo, está realmente sendo substitutivo ao hospital ou se a gente está institucionalizando em outro lugar. (TSM1)

(...) que a gente fala tanto da reforma, inclusão, inclusão social, inclusão, inclusão, mas a gente está buscando só mudando de casa, tirou hospital e colocou CAPS. Permanecem as atividades, permanece todo mundo só voltado para o CAPS, CAPS, CAPS. (TSM9)

E até em si, da questão que TSM1 disse, de a sociedade, em si, também aceitar porque já fica com outros olhos, pessoal fica meio assim, “Virgem Maria, lá vem o louco, pelo amor de Deus!” (TSM8)

Alverga e Dimenstein (2006) alertam sobre a continuidade do paradigma da psiquiatria nos novos serviços de saúde mental, que mudam o contexto do enclausuramento por meio dos muros ao “controle ao céu aberto”, em que as fronteiras não são físicas, mas, mentais, permanecendo em uma continuidade do confinamento.

Frente à situação exposta pelos participantes, para a efetiva implementação dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, a comunidade necessita implicar-se e participar ativamente do processo, realizando mobilizações populares e, principalmente, a desmitificação da loucura no cotidiano, sendo colaboradora das ações em saúde mental e assim, fortalecendo os direitos e implementando as políticas nos contextos locais (PRANDONI, PADILHA, SPRICIGO, 2006).

Nos CAPS, os usuários têm oportunidade de participar de diversos recursos terapêuticos, entre os quais se encontram atividades comunitárias e de suporte social, que requerem parcerias e a prática da intersetorialidade, com a finalidade de desenvolver trocas e a integração do serviço com a sociedade. Por isso, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a) afirma que

“Estar em tratamento no CAPS não significa que o usuário tem que ficar a maior parte do tempo dentro do CAPS. As atividades podem ser desenvolvidas fora do serviço, como parte de uma estratégia terapêutica de reabilitação psicossocial, que poderá iniciar-se ou ser articulada pelo CAPS, mas que se realizará na comunidade, no trabalho e na vida social.” (BRASIL, 2004a, p.18)

Para isso, o projeto terapêutico individual elaborado para cada usuário deve compreender a inserção social em práticas que reduzam o estigma e possibilitem o protagonismo e a autonomia de cada usuário quanto à sua vida (BRASIL, 2004a).

A criação de estratégias que promovam ações em busca de autonomia dos usuários com vistas a reinseri-lo na comunidade e proporcionem qualidade de vida à

população, requer do profissional um posicionamento ativo no processo, redefinindo seu próprio papel social nos serviços de saúde mental. Contudo, é de se questionar que estímulos e condições de trabalho estão sendo fornecidos às equipes dos serviços, para que possam estar-se implicando na luta pela Reforma Psiquiátrica.

A assunção do compromisso com a reinserção comunitária propicia a busca pela efetivação dos princípios, ideais e objetivos da atenção, com ênfase na liberdade e na autonomia como fundamentos das práticas, remetendo a uma ressignificação da saúde mental.

6.5 Necessidade de apoio familiar

Porque não adianta você só cuidar do usuário, tem também que tratar a família, estar junto com o usuário, para que flua melhor, ou que flua positivamente.
(TSM6)

A representação da necessidade de apoio familiar esteve presente em 17 discursos que apontaram a inclusão do contexto familiar na dinâmica dos serviços de saúde mental, não apenas por ser preconizada pela Política de Saúde Mental, mas por os participantes terem verificado a eficácia da proposta de inclusão da família no tratamento e reabilitação dos usuários. A participação da família possibilita ao CAPS uma maior compreensão do sofrimento mental e da situação social em que o usuário está inserido, facilitando intervenções fora do CAPS, voltadas para as necessidades de um todo social e familiar.

O relacionamento entre duas instituições, o manicômio e a família, quanto à psiquiatria teve momentos de confrontos e aproximações. Coimbra et al (2005) discutem que a interlocução entre ambos propiciou diversas percepções do portador de transtorno mental, como aquele que traz ameaças à família, o que apresenta a alienação devido à influência familiar, contudo, independente do sentido da relação, a psiquiatria foi beneficiada ao ter seu discurso ratificado como única verdade e estabelecido condutas baseadas na disciplinarização social, sendo introduzido no universo familiar.

Essa situação redundou em altos índices de internações manicomial, que puseram o sofredor psíquico em uma situação de abandono pessoal e social. Por meio do Movimento da Luta Antimanicomial a família passa a se inserir no campo das políticas em luta a favor de uma atenção humanizada e de bases comunitárias. A desinstitucionalização, ao propor uma nova compreensão da loucura e a

substituição dos moldes de atenção à saúde mental, apresenta como prerrogativa o envolvimento da família em aliança com os profissionais e usuários em situação de cooperação e participação (COIMBRA et al, 2005).

Então, além do grupo terapêutico, nós temos também o grupo de família, sou coordenador do grupo de família que é um grupo de escuta, que é quando vêm as queixas, muitos desafios para nós como profissional. A partir do momento em que o usuário relata algo que a crise ou algo de conflito, a própria família também relata, então...é um processo muito difícil, assim, para nós que estamos escutando. Então temos que buscar algum subsídio para ajudar naquele momento. (TSM5)

(...) até porque eu tento fazer este intercâmbio entre o usuário e a família, já que eu estou nos dois grupos. Também faço atividades para que um perceba o outro, tente perceber o outro de outra maneira. (...) Porque o usuário mesmo, ele tende a omitir muitas coisas que ele mesmo faz lá fora. E a família, justamente, ela tem o papel contrário aqui dentro, ela vem para dizer o que ele está fazendo (TSM29: É o contrário, é o delator...). (TSM23)

Para promover o fortalecimento dos laços familiares, a rede de saúde mental deve acompanhar, fornecer orientações que auxiliem a entender e lidar com a doença, criar grupos de pais, estimular a conscientização dos direitos por meio de ações intersetoriais, fornecer apoio para as relações familiares (BRASIL, 2002).

Na atenção à família, Coimbra et al (2005) colocam que a Enfermagem como participante da equipe multiprofissional, detém uma série de intervenções como escuta, diálogo, acolhimento individual, multiprofissional e coletivo, em oficinas, grupos, visita domiciliar, momentos que favorecem esclarecimentos, expressão de sentimentos e conversação dos familiares entre e com a equipe.

A inclusão da família nos serviços de saúde mental faculta um maior envolvimento com o usuário, reduz a quantidade de recaídas, crises e internações psiquiátricas e a sobrecarga familiar por esta ter oportunidade de ser ouvida, em sua experiência, e compartilhá-la com outros, em situação semelhante e com a equipe do serviço, a qual pode estabelecer intervenções que poderão ser desempenhadas além do serviço e abranger as necessidades presentes no usuário e contexto familiar (COIMBRA et al, 2005).

Contudo, a dificuldade de participação de algumas famílias nas atividades remete às consequências que o cuidado que dispensam ocasiona, como entraves para se responsabilizar pelo tratamento, sobrecarga familiar devido à convivência que, como discutem Mielke et al (2009) ocasionam desgastes físicos, psíquicos, gastos financeiros, atividades extras, desestruturação familiar. Realidade, da qual o

serviço de saúde mental deve estar tentando aproximar-se para estabelecer parcerias de atenção e apoio.

Porque a gente vê, só complementando, que os familiares não se cuidam de jeito nenhum, parece que eles levam a vida. Um dia após o outro, uma coisa, assim, de louco mesmo, não se olham, parece que eles não se gostam. A impressão que a gente tem, de que não se cuidam, não se gostam, como é que eles vão ver o filho diferente? E a gente vê essa necessidade realmente, e já houve grupos aqui, com as demandas novas, e terminou não existindo mais esse grupo específico para as mães. Mesmo assim muito capenga, existia por conta das demandas mesmo. (TSM17)

Devido à situação vivenciada pelo convívio com as famílias, os profissionais buscam meios de atender à demanda, mesmo sem dispor, muitas vezes, de recursos e estrutura adequada à proposta, que requer articulação com outros serviços, parcerias intersetoriais que possam estar auxiliando na melhoria das condições de vida existentes. Uma vez que o modelo de atenção à saúde mental em pauta coloca a família como agente no processo de tratamento, retirando-a da posição de vítima ou cúmplice dos mecanismos da psiquiatria e percebendo-a como coadjuvante na reabilitação e reinserção do indivíduo, o que possibilita melhores condições de vida ao sofredor mental (COIMBRA et al, 2005).

Por outro lado, Fonseca, Lacerda e Maftum (2006) apontam que devido ao objetivo da atenção limitar-se muitas vezes ao usuário, a família é marginalizada, acarretando o seu despreparo para cuidar do ente familiar no domicílio, uma vez que são fornecidas mínimas instruções sobre o cuidado.

A atenção aos usuários pode promover uma reorientação da percepção familiar a seu respeito, ao criarem-se condições que lhes facultem ser produtivos, na visão da família. A esse respeito, Coimbra et al (2005) acrescentam que os usuários apresentam dificuldades para produzir economicamente, sendo, muitas vezes, dependentes da família ou, em outros casos, única fonte de renda devido à pensão, mas, mesmo assim, percebidos pelos entes como improdutivos. A importância da atenção às famílias dos usuários dos serviços inclui a busca pela quebra do círculo vicioso de exclusão, no qual a família exclui o sofredor psíquico do convívio para não ser excluída, por ser, em geral, marginalizada socialmente, o que ocasiona a formação de preconceitos, quanto à família, pelos profissionais dos serviços de saúde mental.

A ênfase em práticas que valorizem o indivíduo, põe em destaque o papel da família como promotora do cuidado, por este estar sendo visto a partir do contexto social e familiar que detém.

TSM5 falou essa questão do cuidado, acho que, assim, saúde mental tem muito essa questão do cuidado e que foi incluído também essa questão das famílias. Então a saúde mental hoje não se trata o usuário sozinho, não dá. Impossível. Tem a questão da família incluída nessa saúde mental, nesse cuidado. Que nem sempre é fácil para a gente que trabalha a saúde mental. (TSM11)

Prandoni, Padilha e Spricigo (2006) apontam dificuldades dos profissionais da área na inclusão da família na atenção que está sendo dispensada ao usuário pelo serviço, evidenciando o fato de que, quando a família é vista como parceira na produção da assistência, com troca de experiências, em uma relação de acolhimento, promove-se a superação da percepção dela como fonte da patologia fruto do modelo medicalista de atenção. Além disso, a dinâmica exigida pela saúde mental com a inclusão do contexto familiar exige uma preparação da equipe para poder abrangê-la, e manter essa atenção, o que leva a questionar se o movimento deve ser exatamente da família para o serviço ou do serviço para a sociedade, tendo em vista a valorização da desinstitucionalização propagada pela Reforma Psiquiátrica.

A abrangência da família na atenção não está limitada aos serviços especializados em saúde mental, mas também à responsabilização da atenção básica nessa assistência, contudo, inúmeras são as dificuldades. Em estudo conduzido por Tanaka e Lauridsen-Ribeiro (2006) os autores apontam a existência de um preconceito familiar e dos pediatras quanto às especialidades psi, como psicólogo e psiquiatra. Tal situação acarreta que a família, muitas vezes, não aborda as questões relativas à saúde mental das crianças nas consultas médicas, dificultando a detecção dos casos e o apoio na condução da convivência familiar.

E quando a gente acaba vendo os familiares, a gente acaba entendendo toda a dinâmica, e toda a história de vida dessas pessoas, que estão aqui. (TSM27)

A promoção do diálogo nessa relação auxilia a responsabilidade participativa da família na atenção, que promove o reconhecimento dos direitos e deveres de cidadania e reforça a articulação com os profissionais, que, ao conhecerem o

contexto familiar conseguem atender os usuários dos serviços de modo mais específico e particularizado.

7 RESSIGNIFICAÇÃO DE CONCEITOS

“E quando a gente consegue ter a Saúde Mental de uma forma que respeite as diferenças. Porque é aí que mora a história toda, você não respeitar a diferença... Ninguém é igual, não existe homogeneidade em nada, então, é isso.” (TSM15)

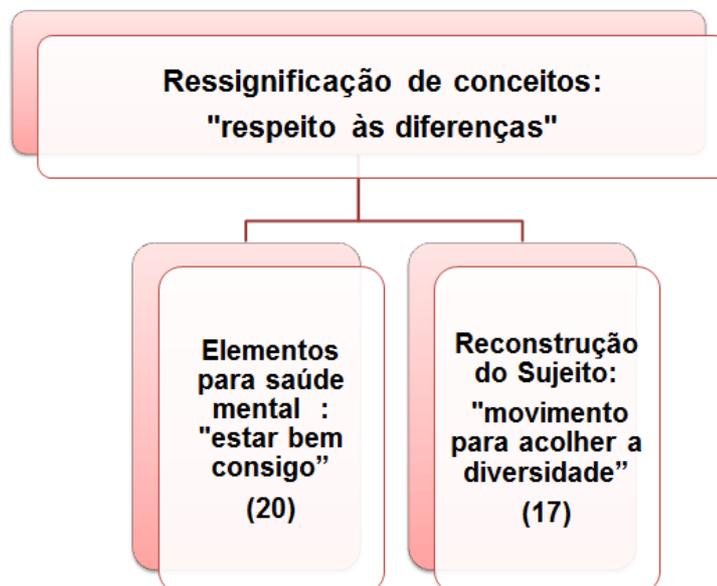
Esta segunda categoria compõe-se de 45 discursos que tratam acerca de um olhar diferenciado existente nos TSM acerca da prática em saúde mental. O desenvolvimento das estratégias de atenção ao serviço, pautadas nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica apresenta elementos que apontam para a ressignificação de conceitos entre os profissionais, mesmo em face das inúmeras dificuldades existentes por se constituir em um momento de transição de paradigmas na área, e da existência de uma série de componentes que influenciam na satisfação profissional.

A importância dessa representação quanto ao respeito e à particularidade de cada indivíduo constitui um marco na história da Reforma Psiquiátrica, uma vez que demonstra já certa inquietação com o modelo da psiquiatria tradicional e apropriação da dimensão epistêmica do campo da saúde mental e atenção psicossocial (AMARANTE, 2007), a qual, ao colocar a doença mental entre parênteses, faz surgir o sujeito com todas as nuances e complexidade que o constituem.

Nesse contexto, os modelos tradicionais de atenção vão-se tornando insuficientes face ao cotidiano e à singularidade requerida. Para isso é necessário repensar os conceitos, práticas e relações existentes nas estratégias terapêuticas, com vista a promover saúde, necessitando do envolvimento de todos, usuários, profissionais, familiares, comunidade, gestores (BRASIL, 2004a).

Basaglia (2008, p.30), ao abordar elementos que fundamentam a luta contra a instituição manicomial, refere o “Respeito à(s) diversidade(s)” como “um bem a ser inscrito como enriquecimento de nossa vida e de nossa cultura, sobre o qual se deve basear qualquer possibilidade de transformação”. Em face disso, essa categoria apresenta duas subcategorias como está exposto na Figura 3.

Figura 3: Resignificação de conceitos: “respeito às diferenças”



7.1 Elementos para saúde mental

A partir da ressignificação de conceitos, os profissionais representam a existência de condições para a consecução da saúde mental. Saúde mental, aqui, é entendida como um estado de bem-estar, no qual diversos elementos visam a contribuir para sua manutenção. Para os profissionais, a ausência ou a problematização desses elementos contribuiriam para a necessidade de atenção especializada.

Acho que saúde mental é, como TSM19 falou, é o bem-estar psíquico além do equilíbrio nas relações sociais. (TSM18)

Para mim, saúde mental é qualidade de vida. É você ter projeto de vida, é você ter... ressignificar coisas na sua vida. É você ter, poder ter, um maior leque de possibilidades. Para mim, saúde mental é isso. (TSM21)

É estar bem consigo, com o outro, vivendo harmoniosamente. (TSM22)

Então independente de a vida ser tranquila ou conturbada, é como o indivíduo lidar com aquela situação e saber colocar-se perante as adversidades da vida. (TSM23)

Mas a saúde mental [...] é quando você está bem consigo mesmo, independente do problema que você tenha. Se você é um louco, se você está bem com sua loucura, (...) você está bem. (TSM28)

Para *estarem bem consigo*, os profissionais apontam que os usuários necessitam de harmonia, equilíbrio, qualidade de vida, projeto de vida, possibilidades, que dependem da maneira de lidar com a vida, do modo de se

perceber. Todos esses elementos remetem à complexidade que refletir acerca da saúde mental apresenta, como expõe Amarante (2007) ao questionar se saúde mental remete a um campo do conhecimento, quais são seus limites, de que saberes se compõe, qual seu objeto, onde se devem realizar as práticas assistenciais.

Os discursos apontam que o objeto de atenção foi visto pelos profissionais por meio da dimensão individual, na qual a consequência do processo saúde-doença se materializa no corpo biopsíquico. Todavia, assim como nos achados do estudo conduzido por Campos e Soares (2003), acrescentam, a esse âmbito, os processos sociais na busca de explicação para o fenômeno que envolve a saúde mental, ao incluírem aspectos relativos à vida, trabalho, relações sociais, mesmo que em uma perspectiva individual e isolada do contexto histórico-social.

A ampliação da concepção de saúde proposta na I Conferência Nacional de Saúde Mental, ao englobar nos fatores as condições de vida, aponta o direcionamento semelhante ao do Modo Psicossocial, que está baseado na mudança da concepção de objeto, com o envolvimento e a implicação do usuário; em relações horizontais entre a equipe multidisciplinar, e, conseqüentemente, desses com usuários e população; no desenvolvimento das práticas do dispositivo assistencial tendo como referência o território e, por fim, que os resultados das práticas busquem a “subjetividade singularizada” (CAMPOS; SOARES, 2003, p.14), em que se alinhem os desejos do sujeito e as necessidades.

Em estudo sobre as representações sociais dos profissionais dos novos serviços acerca da reabilitação psicossocial, os autores identificaram a mudança no olhar e no enfoque da atenção, que passa a incluir elementos como autonomia e individualidade do sujeito, o que possibilita perspectivas para o estabelecimento de relações de troca.

Com a percepção do sofrimento mental a partir da lógica da singularidade, pode-se entender que existem construções individuais no adoecer, que variam de acordo com as influências familiares, culturais, hábitos de vida, crenças, na contramão da perspectiva tradicional, a qual nega o singular, em busca de padrões e ações coletivas (PRANDONI; PADILHA; SPRICIGO, 2006).

7.2 Reconstrução do sujeito

Atuar em serviços do campo da saúde mental, conviver com questões referentes ao sofrimento mental, pode ocasionar, de início, a necessidade de reorganização e adaptação do profissional, o que pode constituir-se em um momento para reconstrução de saberes e práticas quanto ao objeto de atenção.

Eu acho assim, antes de mais nada, quando a gente fala em saúde mental, como a gente trabalha com a reforma psiquiátrica, a primeira coisa que vem a cabeça é o que era antes, pelo menos o que vem à minha cabeça é o que era antes, de início era chamado doença mental (com ênfase), a gente trabalhava a doença da pessoa, hoje em dia a gente trabalha na perspectiva da saúde. Acho que assim, em termos, a terminologia já foi um grande avanço. Daí as outras inúmeras mudanças que houve, do hospital para os serviços comunitários, da forma de encarar a pessoa com problema mental, problema psíquico. Todas as mudanças que a gente acompanha da própria reforma psiquiátrica. (TSM1)

Sobre a reconstrução apresentada, concordamos com Guimaraes e Medeiros (2001) quando mostram a necessidade de, primeiro, desconstruir o modelo tradicional e dominante da psiquiatria para, em seguida, reconstruir a prática em saúde mental incluindo os diversos saberes, entre os quais a psiquiatria, com vista a ampliar a intercessão e o diálogo sobre o objeto de atuação.

Frente ao desafio da prática em saúde mental, enquanto movimento para reconstrução da vida, ao colocar a doença entre parênteses, os profissionais necessitam continuar abertos ao diálogo. A esse respeito, Terra et al (2006) apontam que o enfermeiro, como integrante da equipe, é desafiado a rever posicionamentos, conceitos, práticas de atenção na área, o que lhe requer reflexão quanto à própria atuação, sensibilidade e criatividade para atuar frente à complexidade do sujeito com suas relações de vida.

Mângia (2002) ao discutir acerca da articulação entre a Terapia ocupacional em saúde mental e os pressupostos da Política de Saúde Mental, verifica a existência da congruência na orientação da atenção que, entre outros aspectos, guia a atuação pelo foco na singularidade e reconstrução de vida dos indivíduos, a partir das inúmeras dimensões, sejam familiares, emocionais, materiais e/ou sociais que ocasionam perdas e resultam na busca por assistência como último recurso.

Assim, a transição na qual a saúde mental se encontra, pode ser favorável para a redefinição e análise da prática na área. No modelo de atenção proposto pela Reforma Psiquiátrica, o cuidado abrange ações de promoção e construção de cultura, que remetem a formas diversas de entender, conviver com a diversidade (PRANDONI; PADILHA; SPRICIGO, 2006).

Essa mudança que a gente está vivendo, e vivendo na prática, trabalhando é tão grande, tão importante que, às vezes, a gente não se da conta. (TSM5 concorda) Que não é só a mudança de modo de tratar, não é só a mudança de hospital para CAPS, é uma mudança cultural. É muito gigantesco, a gente às vezes não imagina quão grandioso é o que a gente esta vivendo. (TSM1)

A saúde mental, entendo como um movimento para acolher a diversidade. Não só a questão da doença, mas que se entenda essas patologias, esses transtornos, como mais um modo de viver do sujeito, como mais uma das possibilidades do sujeito, que a loucura não seja vista só como uma loucura, mas como uma possibilidade de se viver. E no sentido também que se faça um trabalho social, para que a sociedade ela possa estar sabendo acolher essa diversidade, que não é a questão da loucura pela loucura, mas que o sujeito viva conforme ele pode viver, mas que saiba acolher isso. (TSM7)

Para a efetiva implementação dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, a comunidade necessita implicar-se e participar ativamente do processo, realizando mobilizações populares e, principalmente, a desmitificação da loucura no cotidiano, sendo colaboradora das ações em saúde mental e assim, fortalecendo os direitos e implementando as políticas nos contextos locais (PRANDONI; PADILHA; SPRICIGO, 2006).

Os TSMs, ao abordarem sobre a reconstrução do sujeito, buscam termos sustentados por uma prática multiprofissional que é desenvolvida em um projeto terapêutico formado por novas abordagens, que podem aumentar as ações, para que o indivíduo possa deter os elementos que propiciem o entendimento e a autonomia da vida no cotidiano.

8 FATORES QUE INFLUENCIAM A SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

“Então, eu venho trabalhar feliz. Às vezes eu fico triste, porque eu não posso fazer mais por eles.” (TSM3)

Esta categoria compõe-se de 85 discursos que abordam acerca da satisfação profissional, por entender-se que esta influencia diretamente o desempenho do profissional e sua implicação com o serviço. Tendo em vista que, na área de saúde mental, especificamente nos novos serviços, o comprometimento do profissional é fundamental para que a prática esteja pautada nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

Frente às diretrizes da Reforma Psiquiátrica, quanto aos objetivos dos serviços de saúde mental na busca pela autonomia e reinserção social, tem-se questionado a estruturação da atenção, uma vez que se recomenda a existência de equipe multidisciplinar que possa atuar em uma perspectiva ampliada e articulada com os demais serviços. Assim, em busca de elevar a qualidade da assistência a OMS vem incentivando pesquisas sobre a avaliação desses serviços, em que estão incluídos usuários, familiares, profissionais (DE MARCO et al, 2008).

Além disso, a satisfação com o trabalho irá desencadear inúmeras consequências de ordem comportamental, social podendo intervir, inclusive, na própria saúde mental do profissional. A este respeito, a literatura é vasta e o interesse acerca das suas influências vem orientando estudos sobre qualidade de vida, impacto, transtornos psiquiátricos em profissionais de serviços de saúde mental (REBOUÇAS; LEGAY; ABELHA, 2007; DE MARCO et al, 2008).

Em estudo conduzido por Gigantesco et al (2003) com profissionais dos serviços de saúde mental, na Itália, sobre a satisfação no trabalho, foi verificada maior satisfação com o aumento da idade, nenhuma diferença considerável entre o índice de satisfação e a profissão. Em comparação entre a satisfação dos profissionais que atuam em hospitais e aqueles dos serviços abertos de saúde mental, estes apresentam índices consideravelmente mais elevados, pois neste país a permanência máxima nos asilos psiquiátricos citada no artigo é de 12 dias. Tendo em vista os resultados encontrados, os autores recomendam aumentar o apoio entre

a equipe profissional e promover estratégias de participação em atividades educacionais.

Nesse âmbito, a Síndrome de Burnout vem sendo objeto de pesquisas por ser considerada um relevante problema social, por se relacionar com índices de absenteísmo, rotatividade de pessoal, problemas quanto à eficiência e produtividade, além de disfunções psicológicas e físicas nos trabalhadores. Decorre de uma exaustão emocional e mental, esgotamento de energias e recursos para buscar solucionar as situações e frustração frente à não obtenção dos resultados; despersonalização, insensibilidade emocional aos casos expostos e reduzida realização com o trabalho (CARLOTTO; CAMARA, 2008).

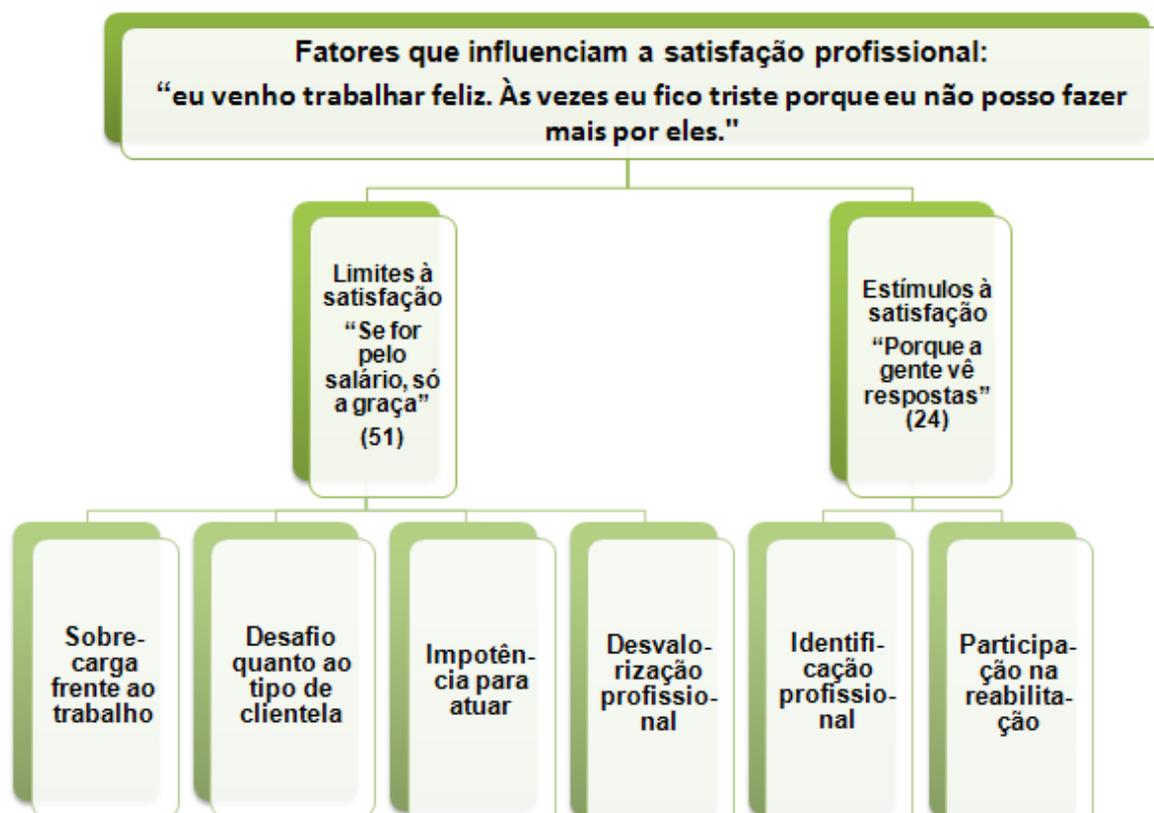
A baixa satisfação no trabalho está diretamente relacionada com mudanças na equipe e altos índices de faltas, ações que podem afetar a eficiência dos serviços de saúde (GIGANTESCO et al, 2003).

Fatores como a exposição às dificuldades dos usuários, quanto à qualidade de vida, condições de vida, apatia para realização das atividades, ausência de autonomia com relação à prática e aos recursos existentes, além do envolvimento com o outro influenciam diretamente a satisfação profissional da equipe dos serviços de saúde mental (DE MARCO et al, 2008).

A questão da satisfação com o trabalho é um tema complexo, devido aos múltiplos aspectos que atuam no comportamento do indivíduo e aos fatores relacionados ao próprio ambiente de trabalho. Não nos cabe, nesse estudo, aprofundar a questão sobre esse tema, que vem sendo amplamente discutido em pesquisas com abordagens quantitativas, mas conhecer as representações sociais dos TSMs que estão relacionadas à temática e discuti-las na perspectiva da prática profissional.

Dentro da categoria, estão elencadas as representações quanto aos Parâmetros reguladores da satisfação profissional em seis subcategorias (Figura 4) que abordam fatores relacionados à satisfação.

Figura 4: Fatores que influenciam a satisfação profissional.



8.1 Limites à satisfação

(...) a equipe tem que trabalhar em conjunto em forma de equipe, é um verdadeiro... com amor mesmo, porque você tem que fazer aquilo porque gosta, porque se for pelo salário, só a graça! (risos) (TSM28)

A definição de sobrecarga remete “à percepção de demandas excessivas para a pessoa e ao sentimento de ter um peso a carregar em consequência destas demandas” (BANDEIRA; ISHARDA; ZUARDI, 2007, p.281), que têm como consequência estresse emocional devido à exposição a fatores que afetam a resistência emocional e física do indivíduo.

A expressão que representa a subcategoria **Sobrecarga frente ao trabalho** caracteriza exatamente a sobrecarga frente ao trabalho que os TSMs referem quanto às suas práticas profissionais. A abordagem acerca do *cansaço* se destacou nas falas dos participantes inúmeras vezes ao abordarem suas práticas no serviço.

Já estou cansado só de dizer as atividades. (TSM13)

E me sinto também cansada, no final do dia, porque é um trabalho muito desgastante (voz embargada). (TSM12)

E creio também que essa questão do cansaço, não é, que TSM12 falou, no fim do dia a gente está um pouco moído. Porque os casos que a gente pega são um pouco pesados. (TSM13)

A gente já está cansado só de pensar no que a gente faz tanto. A gente não pára para pensar. (TSM15)

Os imperativos exigidos para a atuação interdisciplinar de acordo com as modificações preconizadas, o uso de tecnologias diversas como acolhimento, escuta terapêutica, projetos terapêuticos individuais, vínculo, participação da família, têm requerido uma requalificação e expansão dos papéis dos profissionais da equipe de atenção em saúde mental (KANTORSKI, MIELKE, TEIXEIRA JUNIOR, 2008). Contudo, essa necessidade pode não estar aliada a melhores condições de trabalho, que acarreta o *cansaço* evidenciado nos discursos.

Quando a gente fala é que a gente sente quanta coisa... (TSM17)

Por mais que muitas vezes eu chegue superestressada, sobrecarregada em casa, porque você acaba se sobrecarregando. Mas, no geral, é satisfatório. (TSM27)

Ao abordarem a esse respeito, o envolvimento dos participantes acelerou a discussão, como se estivessem desabafando no Grupo uma situação que há tempos estavam vivenciando, mas que não haviam tido a oportunidade de tratar a respeito.

Entre os elementos que contribuem para a sobrecarga de trabalho está o acúmulo de funções cotidianas na prática profissional. Onocko-Campos e Furtado (2006) afirmam que o trabalho nos serviços de saúde mental, ao lidar cotidianamente com o sofrimento mental, a família, o contexto social, pode acarretar uma série de repercussões nos profissionais que atingem a subjetividade e podem ocasionar o surgimento de mecanismos de defesa de vários matizes.

Com relação à Enfermagem, em estudos sobre a sobrecarga profissional nos serviços de saúde mental foi evidenciado que enfermeiros supervisores de hospitais psiquiátricos privados apresentam menores níveis de satisfação que os demais profissionais (AROSON, 2005) e elevados índices de exaustão emocional em

enfermeiros psiquiátricos devido à sobrecarga de trabalho e à alta responsabilidade (ROBINSON; CLEMENTS; LAND, 2003).

Já em estudo conduzido por De Marco e colaboradores (2008) foi evidenciado que os terapeutas ocupacionais e assistentes sociais apresentam maior impacto quanto à carga de trabalho do que os demais integrantes da equipe, que pode estar relacionado às características da atuação. Com relação ao terapeuta ocupacional pode se dever à ausência de reconhecimento profissional pela equipe, ao entendimento de que sua prática constitui-se em distração e, à confusão da sua prática com as de outros profissionais. Já o assistente social pode vivenciar conflitos por se envolver demasiadamente e quanto à dúvida da existência de poder frente ao usuário e pouca autonomia na resolução das situações.

Para a equipe do serviço o cotidiano no CAPS exige do profissional certa plasticidade para atuar frente à sobrecarga profissional, e, como afirmam Kantorski, Mielke e Teixeira Junior (2008), flexibilidade na prática individual para utilizar os diversos instrumentos de atenção.

[...] É um de-sa-fio (ênfase). (TSM24)

Ao abordar a especificidade da prática desenvolvida com os usuários, independente do serviço e do tipo de clientela, existe a representação de um desafio frente aos diversos fatores que envolvem o contexto social: a influência sociocultural, a característica clínica da clientela e a influência familiar que influenciam a prática profissional, como consta na representação dessa subcategoria.

Ao representar o **Desafio quanto ao tipo de clientela**, os participantes incluem o caráter inovador desses serviços, a esse respeito Oliveira (2006) afirma que além de englobar o caráter biopsicossocial do fenômeno saúde-doença, esta orientado pelos parâmetros da integralidade, cidadania, interdisciplinaridade. Esses serviços ainda precisam guiar-se pelos elementos intersetoriais e serem resolutivos às demandas requeridas pelos usuários, que caracterizam a atenção psicossocial.

E concordamos com Jorge et al (2007) ao colocarem que o trabalho nos serviços de saúde mental constitui-se em um desafio devido à complexidade que inclui a estrutura dos serviços, a qualidade da atenção fornecida, as relações profissionais e trabalhistas, os novos modelos e tecnologias de assistência.

Atuar com a clientela da saúde mental, implica considerar esses aspectos que influenciam diretamente na consecução dos objetivos dos projetos terapêutico-individuais, atenção psicossocial, reinserção social, como apontam os discursos a seguir:

E por mais que eles estejam com evolução boa, para muita gente, eu digo isso porque eu sou assistente social e escuto isso constantemente. E um usuário que vai para o campo de trabalho, e muitas vezes aquela pessoa que arranhou o emprego para ele, não sabe que ele toma medicação controlada, e quando sabe, dá as contas. (TSM6)

Porque muitas vezes quando a criança vem para a gente, vem dizendo essa dificuldade, essa e essa, e quando a gente começa a atender, a gente vê que não é bem só isso? [...] Apesar de a gente já está num século bem avançado, mas na educação parece que a gente caminha a passos de tartaruga, porque as escolas, a gente vê muito, as queixas que chegam aqui é que a criança se adéque, como foi falado aqui antes, aquele padrão de aprendizagem, todo mundo aprender, o A no mesmo dia, o B-A-BÁ, na mesma hora, no mesmo. (TSM15)

E assim, trabalhar com álcool e droga, é assim, veja bem, é gratificante, é um de-sa-fio (ênfase) (TSM23: "Um desafio"). (TSM24)

Eles acabam transferindo (ênfase) para gente, a questão da transferência negativa. O que eles vivenciam lá fora e eles trazem para dentro do grupo. Por isso também esse comportamento hostil, muitas vezes com o técnico e com o companheiro de grupo, sabe. Ai a forma, o que é que acontece, muitas vezes, particularmente comigo. Eu me preparo, vou pesquisar uma dinâmica, vamos trabalhar a questão da autoestima, você vai, tudo se prepara, e chega dentro do grupo, todo mundo... às vezes, muitas vezes, eles ficam calados. Isso é uma forma de protesto, sabe (TSM28: "resistência"), resistência, protesto, transferência negativa e ai isso dificulta, o nosso trabalho, porque a gente veio preparado para uma coisa e você, de repente, você tem que ter um jogo de cintura (todos concordam) e desenvolver muito na hora. (TSM27)

A característica da clientela dos serviços de saúde mental, envolvida em círculos de preconceitos sociais, influencia, diretamente, a prática desenvolvida pelos TSMs, que como apontado nos discursos anteriores vê-se em situações que necessitam estar de acordo com os fatores socioculturais para poder buscar os objetivos propostos. Nesse contexto, o apoio de outros setores sociais seja no meio profissional, educacional, às vezes inexistente àquele indivíduo, o qual, por sua vez, direciona ao serviço a busca pela reinserção ou, como exposto, a frustração por não ter conseguido.

A Política Nacional de Atenção em saúde mental infanto-juvenil (BRASIL, 2005b) aponta que um dos principais desafios da saúde mental é elaborar uma

política que considere as particularidades e necessidades da população de crianças e adolescentes, a partir dos princípios do SUS, uma vez que, historicamente, a falta de acompanhamento a essa demanda favoreceu, a institucionalização, e, os serviços que despenderam atenção e orientações a essa demanda eram apenas os privados ou filantrópicos.

De acordo com as diretrizes da política atual, faz-se necessária a construção de uma rede fundamentada na intersetorialidade, na noção de território, na responsabilidade compartilhada e no acolhimento universal, que respeite a subjetividade e peculiaridades dessa população (BRASIL, 2005b).

Para obtenção desse objetivo, Couto, Duarte e Delgado (2008) afirmam que os CAPSi constituem-se na principal estratégia nacional de atenção em saúde mental infantil, pois garantem a ampliação do acesso a casos como o autismo, e propiciam melhoria dos saberes clínicos, além da base comunitária que deve garantir o tratamento. Além disso, a base intersetorial do serviço é uma ação relevante para a atenção às crianças e adolescentes, porém a complexidade para a efetivação constitui uma tarefa a ser operacionalizada.

As padronizações sociais históricas existentes, como a exposta pelo TSM15 podem originar uma demanda desnecessária ao CAPSi. Diante dessa situação há a necessidade da desconstrução da demanda, de acordo com a citada Política, pois a escola pode estar considerando dificuldades de aprendizagem como necessárias de encaminhamento ao serviço de saúde mental. Nesses casos, o CAPS deve-se voltar à escola para construir a rede e desconstruir o entendimento quanto à necessidade dessa demanda (BRASIL, 2005b).

No contexto da dependência química, o desafio da prática profissional com a clientela remete ao que o Ministério da Saúde, na Política para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, coloca como o ponto específico com relação ao consumo de drogas: obter estratégias que consigam melhorar as condições de vida dos usuários de drogas, assim como meios de prevenção e tratamento eficazes (BRASIL, 2003).

Além disso, os CAPS, em que se inclui o CAPS ad, ao constituírem-se em serviços agenciadores da rede de saúde mental devem assumir o papel de articular

e direcionar as políticas locais para o processo de recuperação e reinserção social, neste caso, do usuário ou dependente químico. Mesmo que as transformações socioculturais e as recentes tecnologias sejam inovadoras, Pinho et al (2009) comentam que as concepções e abordagens na atuação não avançaram devidamente e necessitam de estudos sobre as práticas, políticas e saberes que os têm fundamentado.

Assim, a busca por uma atenção que valorize os usuários de álcool e outras drogas remete à discussão sobre a formação e capacitação dos profissionais para atuação nesses serviços frente à sua especificidade, pois, como aponta o discurso a seguir, as estratégias utilizadas no tratamento dos usuários podem não obter os resultados desejados pelos profissionais, que necessitam estar preparados para lidar com o desafio da complexidade da atenção ao dependente de substâncias psicoativas.

A recuperação, de uma maneira geral, muitas vezes, funciona de forma contrária, porque a gente tem notado que os usuários de crack quando voltam a trabalhar ou arranjam qualquer tipo de renda, eles voltam à recaída... Com o álcool não acontece muito não, mas (TSM29: "usuários de crack") com usuários de crack... (TSM29: "é fatal!") É, tipo, 100% das vezes.

[...] foi perto do período do São João, a gente conseguiu a vaga na barraca das voluntárias (TSM25 e TSM24: "de artesanato"), no Parque do Povo, e ele foi expor o trabalho dele. Vendeu brincos, mas vendeu muitos (ênfase), fez contatos, recebeu encomendas de cidades próximas, recebeu convite para ministrar cursos em cidades aqui por perto. Aí, ele entrou em recaída, simplesmente. Ele ficou muito empolgado, subiu ai, demais o ego dele, e ai ele entrou numa recaída. Teve a questão de ter o dinheiro, novamente em mãos, eu posso ter o dinheiro, agora eu tenho o dinheiro, para comprar feijão? Comprar crack! Eu vou comprar o quê? Qual das duas pedrinhas eu compro? Então, é complicado (suspiro forte). (TSM29)

Em estudo realizado com enfermeiros sobre a formação profissional para atuar junto com a dependência química, Vargas e Duarte (2011) apontam que esses profissionais visualizam a necessidade de formação específica, devido às limitações vivenciadas ao lidar com essa clientela. Diante dessa necessidade, os enfermeiros utilizam-se de outras fontes de conhecimento, como a troca de experiências, as próprias atividades práticas, uso da internet, leituras em livros para suprir a carência da capacitação específica na área de álcool e outras drogas.

Mesmo que a perspectiva dos profissionais esteja de acordo com as considerações da reabilitação psicossocial, principalmente, no que se refere à intersectorialidade, o estudo conduzido por Pinho et al (2009) refere que este conceito

ainda está ligado ao modelo da normalidade do paradigma psiquiátrico tradicional. Para poder superá-lo, urge que as práticas realizadas não reafirmem o aspecto regulatório, contudo, desconstruam a lógica do controle social e busquem voltar a terapêutica para o direito dos usuários à reinserção nos ambientes de troca, consumo, arte, educação a partir do direito primordial à liberdade.

Mesmo que os paradigmas anteriores sejam inapropriados frente às considerações atuais da saúde mental, eram considerados modelos que regulavam condutas e representações dos profissionais quanto ao sofrimento mental, modos de assistência. Frente a essa mudança surge “um momento de fragilidade que é vivida como uma ameaça contra o próprio sujeito e seu grupo de pertencimento” (KODA; FERNANDES, 2007, p.1459-1460), ocasionando certa desestabilidade na equipe. Essa situação proporciona um entendimento de que a crise vivenciada pelos serviços pode ocasionar conflitos que geram aparente apatia e situação de impotência nos profissionais.

A responsabilidade da prática nos novos serviços, representada pelos CAPS, requer novas bases epistemológicas, éticas, políticas e clínicas que visam a superar o modelo manicomial, institucionalizador, e faz deste um serviço de saúde complexo (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006). É de se questionar, por sua vez, que capacitação os profissionais detêm e lhe são possibilitadas e que apoios lhe são fornecidos para poder atuar frente aos parâmetros requeridos.

A representação da **Impotência para atuar** compõe-se de discursos que remetem a duas nuances: Frente aos recursos, com relação ao suporte material fornecido (ou não) pela gestão responsável para o desenvolvimento das atividades da atuação profissional dentro e fora do serviço; e Condições subjetivas, devido aos TSMs sentirem-se frustrados e angustiados diante da impossibilidade de resolutividade de certos casos vivenciados na prática.

Os discursos a seguir evidenciam a impotência para atuar frente à carência de recursos materiais, financeiros, intersetoriais, comunitários.

Porque a gente, venhamos e convenhamos, para realizar qualquer tipo de passeio, qualquer atividade sociocultural fora do serviço é preciso ter recurso e a gente não tem. Não é destinado recurso para dentro do serviço para poder fazer isso. Infelizmente, a gente fica de mãos atadas, desenvolvendo atividades tipo brechós, tipo festinhas, para a gente poder arrecadar fundos, para desenvolver alguma coisa com nossos próprios

usuários. Deveria não ser dessa forma. Vir recursos, realmente, para o serviço, para isso. (TSM8)

[...] Se eu não me sinto melhor é porque há a questão do meio. Assim, as escadas lá de cima não nos ajudam, aqui a gente só tem mesmo o corpo e a mente para trabalhar, já foi falado, não tem nada.... Tem muita coisa que a gente precisa para nos ajudar a se realizar profissionalmente. (TSM26)

Eu concordo com você TSM26, você tem o corpo para trabalhar e esse corpo é tudo. (Risos) (TSM29: Fechou com chave de ouro, TSM24!) (TSM24)

Os TSMs apontam que a atuação poderia ser mais eficaz se houvesse recursos adequados, existindo um descontentamento quanto à gerência política da saúde mental por causa de investimentos governamentais inadequados e insuficientes.

A esse respeito estudo conduzido por Antunes e Queiroz (2007) evidenciam que os fatores políticos e culturais não se constituem a favor da implementação do CAPS, devido ao poder público local e à população ainda considerarem a necessidade de isolamento do sofrimento mental.

Quando os TSMs abordam a dificuldade de recursos, levantam um questionamento macro sobre a discussão do financiamento dos CAPS, que vem sendo tratado em estudos teóricos (OLIVEIRA, 2006; FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005), quanto à construção de um serviço com base em novas tecnologias e na atenção psicossocial, enquanto a lógica do financiamento ocorre via Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) dependente da especificidade clínico-diagnóstica da doença.

Concordamos com Oliveira (2006) ao questionar a possibilidade da atenção psicossocial pautada apenas na organização administrativa e financeira ordenada nacionalmente, se não existem meios para a democratização da gestão e meios de trabalho.

Quanto aos investimentos no processo de desinstitucionalização, os profissionais evidenciam que a impotência pode influenciar na satisfação profissional devido aos recursos e a autonomia serem insuficientes diante do contexto em que estão inseridos, achado que coaduna com estudo desenvolvido por Antunes e Queiroz (2007).

Em estudo conduzido Gastal e Gutfreind (2007) sobre as representações sociais dos usuários da saúde mental quanto à consciência do direito à saúde foi verificada a existência de representações sobre os profissionais e o sistema de saúde como sem compreensão, respeito e acolhimento pelos usuários. Os autores apontam que as representações sociais da população quanto às esferas que detêm poder, geram uma distância que parece intransponível e dificulta a busca pelos direitos de amparo e segurança que devem ser fornecidos pelo Estado. Por tais motivos, os serviços abertos, como os CAPS, poderiam disponibilizar maiores oportunidades de participação popular que podem não estar ocorrendo devido às representações tradicionais presentes.

Nessa conjuntura, os profissionais dos serviços de saúde mental são instrumentos necessários para que os usuários possam transpor tais barreiras em busca de iniciativas políticas que reivindiquem direitos estabelecidos. Contudo, é nítido que não apenas aos usuários tais representações fazem-se presentes, uma vez que os próprios TSMs referem impotência frente à gestão do poder público na realização das práticas requeridas pelo serviço.

A operacionalização das práticas enfrenta dificuldades que, segundo Alverga e Dimenstein (2006), envolvem a ausência de profissionais capacitados, de apoio financeiro que valorize o trabalho e de materiais para elaboração e realização das práticas, pois o poder público responsável entende como necessário para o funcionamento do serviço apenas a garantia dos medicamentos. Essa situação aponta a limitação do serviço frente ao apego aos elementos tradicionais da psiquiatria existente nos gestores, que inviabilizam a própria atenção psicossocial por parte dos profissionais.

Frente ao exposto, questiona-se como os requisitos materiais das atividades podem ser obtidos, sem que existam espaços para discussões acerca das práticas existentes com a gestão responsável pelos recursos materiais.

Os discursos a seguir contêm apelos dos profissionais frente à impotência presente na realização de suas práticas que inviabilizam a efetivação de tecnologias psicossociais como as atividades extramuros, além disso, apontam aspectos emocionais envolvidos na prática profissional, que ocasionam sentimentos de

frustração e angústia devido à dificuldade de consecução dos objetivos e resolutividade das situações.

Apesar de aqui existirem algumas angústias dentro da gente, porque por mais que a gente se doe, alguns não estão conseguindo sair daqui do CAPS, por questão desse processo social contra o qual a gente deve lutar, que é uma das grandes dificuldades que existem na própria sociedade que é a questão do preconceito, e eles vêm demandando isso aqui. (TSM5)

Eu sinto essa angústia. Mas muito mais no sentido de ver essa questão das mães, de elas não acreditarem nos filhos. Eu acho isso assim, uma pedra de impedimento no avanço dessas crianças. Então eu me sinto muito angustiada, porque se eu pudesse... (TSM17)

Depende do dia, ora a gente se sente frustrado, ora a gente se sente satisfeito. Oscila demais. Depende do que você consegue. (TSM20)

Eu sinto que a gente precisa se trabalhar muito, porque a gente está lidando, constantemente, com a angústia. E que essa angústia retorna para a gente. Como ser humano, a gente também se angustia com a angústia do outro. E se a gente não consegue suportar essa angústia que é comum a todos, o nível de angústia vai lá para cima e a gente paralisa. E só ver dificuldades, e só, e impossibilidades e não consegue dar encaminhamento ao caso. Então eu acho que, pessoalmente, o maior desafio é suportar e lidar e dar o encaminhamento à angústia. (TSM21)

(Trabalhar com álcool e droga) [...] ao mesmo tempo a gente sofre muito. É um sofrimento, assim, por quê? Porque você não consegue fazer muita coisa, você faz tudo e ao mesmo tempo você pensa assim, teve uma recaída, meu Deus, e agora? (TSM24)

Como apontam os discursos, os TSMs encontram-se preocupados com as dificuldades da atenção, como a criação de redes, suporte familiar, parcerias com outros dispositivos e espaços de base comunitária, que auxiliassem na reabilitação psicossocial e inclusão do usuário.

Diante de situação semelhante, em que os profissionais sofriam com a reduzida possibilidade de inclusão social e ampliação da rede, Alverga e Dimenstein (2006) discutem que essa situação impulsionou o surgimento de um projeto artístico que objetivava aumentar as possibilidades de convivência entre a sociedade e os usuários dos serviços de saúde mental, contudo, como os autores enfocam, contraditoriamente isso se deva a partir de atividades desenvolvidas dentro dos serviços.

Fonseca, Lacerda e Maftum (2006) em estudo sobre a atuação domiciliária de enfermagem, abordam acerca da existência de uma sensação de impotência frente à situação vivenciada pelos usuários, verificando que não cabe aos profissionais de saúde o controle de todos os fatores relacionados à vida dos usuários e família.

Esse fato remete à necessidade de ações intersetoriais que forneçam suporte e auxiliem a compreender e atuar junto às diversas nuances que envolvem a saúde mental.

A subcategoria **Valorização profissional** pode ser diretamente atrelada aos vínculos de trabalhos, uma vez que influencia a implicação com a prática, algo indissociável à atenção psicossocial, e além disso, também se relaciona a como a sociedade recebe e aceita as práticas realizadas no serviço, e as evoluções obtidas com os usuários, como apontam os discursos a seguir:

A minha angústia é sentir tanta angústia por todas essas questões dos CAPS. E na verdade não ser valorizada a angústia que a gente sente, porque a gente recebe um salário insignificante, não dá nem conta de pagar um acompanhamento terapêutico, no mínimo. E a insalubridade nem, na verdade, paga um plano de saúde. Então, assim, a gente já começa a ver que o nosso trabalho de trabalhar com tantas questões que adentram na saúde mental, mas na verdade não há um reconhecimento em cima desse trabalho. Se cobra uma carga horária total, 40 horas ao pé da letra, cobra-se um investimento teórico, um investimento pessoal, mas na verdade não oferece recursos para que a gente possa investir nesse trabalho que deveria acontecer de forma mais... Recursos financeiros, por que assim, o salário da gente hoje, 40 horas, eu acho que é o que está mais baixo em todo. Eu acho que a nível de Brasil que é R\$1.200,00, os outros são, a gente tem Rio Grande do Norte é R\$1.700,00 e tanto, outros estados que... o da gente, na verdade, tá defasado, faz cinco anos que não tem ... (TSM14)

Mas, assim isso mexe muito comigo, tem dia que eu estou pensando, meu Deus como é que essas mães, a gente faz, faz, o tempo todo, e elas ali, policiando aquelas crianças, sem acreditar. (TSM17)

Só um parênteses, a gente deveria ganhar mais. (TSM21)

E vendo isso, quando a gente percebe que o nosso salário deixa muito a desejar (risos), ainda assim a gente se sente muito feliz com o trabalho que a gente faz aqui. Exatamente por isso que a gente vem! (TSM29)

A esse respeito Milhomem e Oliveira (2007) reafirmam que deve ser fornecido o mínimo de condições de trabalho, por meio de estabilidade nos contratos, e segurança trabalhista com salários condizentes com a área profissional, tendo em vista que profissionais com contratos precários remetem a uma equipe que não se implica com os objetivos e a transformação das práticas, requerida pela atenção psicossocial. Em busca de solucionar essa situação, os autores apontam a necessidade de providências no que concerne ao comprometimento da gestão com a realização de concursos públicos voltados para os serviços da área.

Além disso, a valorização do profissional não deve se limitar a um salário correspondente à categoria profissional, mas, a investir-se em sua capacitação, no

fornecimento de condições de atuação favoráveis com relação a materiais e instrumentos, meios de progressão no trabalho com carreiras.

Nesse âmbito, Jorge et al (2007) enfatizam a necessidade de operacionalização de medidas que modifiquem a gestão de recursos humanos, por meio da participação dos profissionais, efetiva, na gestão, garantia dos direitos trabalhistas com a contratação por concursos públicos e um plano de cargos e salários, além de medidas que oportunizem a qualificação e a educação continuada. Nesse sentido, De Marco e colaboradores (2008) evidenciam que na área de saúde mental, a necessidade de recursos humanos, tanto em relação ao aumento de profissionais, quanto à capacitação, vem acarretando ausência de pessoal qualificado e redução salarial.

Fatores como insatisfação salarial podem estar diretamente relacionados com a inviabilização da atenção psicossocial, pois influencia na motivação para a prática profissional e em conflitos na equipe por apenas alguns estarem implicados com o trabalho (NUNES et al, 2008). Em pesquisa realizada por Rebouças, Legay e Abelha (2007) os resultados revelaram entre os profissionais da saúde mental, um nível médio de satisfação, no entanto, é nítida a necessidade de transformação do poder público, frente às frágeis condições de trabalho, para possibilitar investimentos em recursos humanos e materiais.

Além disso, essa subcategoria evidencia as condições subjetivas e o impacto que repercutem na saúde do profissional da área de saúde mental, e questiona como está sendo o amparo com relação à saúde do cuidador, tendo em vista todas as repercussões que a implicação com o processo de reabilitação social na área envolve.

8.2 Estímulos à satisfação

Mas, eu sinto também, sinto-me feliz também de trabalhar, porque a gente vê respostas. (TSM17)

Frente aos fatores que limitam a satisfação na prática profissional dos CAPS, existem estímulos que justificam o desenvolvimento da profissão e a busca pela continuidade das práticas.

A **Identificação profissional** remete a diversos aspectos que se relacionam com a história de vida dos profissionais, atividades desenvolvidas no serviço, inclusão na equipe multidisciplinar, relação de afetividade com os usuários.

Porque, realmente, eu me encontrei aqui, eu me sinto, realmente, muito feliz no trabalho que eu faço aqui, muito feliz! (TSM29)

Eu também adoro o que eu faço. Estava dizendo outro dia na reunião, que eu me sinto muito mais da área de saúde do que da área de educação. Não estudo mais nada de educação, só estudo a área de saúde. E apesar dos pesares, apesar das reclamações, do que a gente gostaria de fazer e por qualquer motivo não consegue, e apesar de todos os empecilhos eu gosto muito. (TSM1)

A primeira coisa que eu escutei da coordenadora, quando entrei aqui, no primeiro dia, ela disse "Saúde mental só tem uma coisa, ou você gosta, ou você corre, você sai, não fica de jeito nenhum". Quem trabalha aqui faz um tempinho já mostra que gosta, porque se não correu, se está aqui é porque gosta. (TSM2)

Não é um simples trabalho ou emprego, é uma escolha. No começo, eu entrei porque foi uma oportunidade de emprego que surgiu para mim e hoje eu vi que realmente é uma escolha, eu tive uma identificação muito grande com a saúde mental, hoje é o que eu quero fazer, eu gosto de fazer. E aí eu puxo essa questão de TSM19 que a escolha tem muito essa questão de você está disponível para estar se aprimorando, capacitando-se, porque não é um simples trabalho, não é um simples emprego, a gente está aqui para estar se aperfeiçoando sempre. Em todo trabalho, mas eu acho que saúde mental é um pouco mais específico, não tem como você dar conta, se não estiver se aprimorando, estudando e acompanhando o que gira em torno da saúde mental, dessas questões. Então é uma escolha mesmo. (TSM18: A não ser que você faça de conta.") (TSM16)

Eu também me sinto muito feliz aqui. Eu sempre tive esse desejo de trabalhar com a dependência química, porque tenho um histórico em relação à dependência química na família, meu pai é alcoólatra. E de uma maneira geral eu amo trabalhar aqui, enfim, eu amo a minha equipe, amo trabalhar com os usuários... (TSM27)

Os discursos expostos apontam que a identificação do profissional com a prática desenvolvida vem sendo obtida no decorrer da atuação profissional. Essa situação remete aos preconceitos históricos acerca das pessoas com sofrimentos mentais, a respeito das quais, segundo Amarante (2007), são evidentes representações de periculosidade, institucionalização, agressividade e isolamento.

A identificação profissional, obtida no decorrer das vivências, pode ser entendida como meio para se aceitar e conseguir realizar a prática profissional, entre os TSM recentes no serviço. Como apontado nos discursos, o exercício profissional na área de saúde mental, não se constitui em uma opção efetiva realizada pela

maioria dos profissionais, mas em uma oportunidade de trabalho. No decorrer da prática profissional, ocorre uma aproximação com o serviço que contribui com a eficácia das condutas terapêuticas e manutenção da identificação com a prática, estimulando o TSM a buscar meios de se qualificar para corresponder às expectativas requeridas para a atuação no serviço. Contudo, esse posicionamento remete à escolha pelo comprometimento com a prática.

Até porque na minha área, aqui é meio jogado, não tem tanto o que fazer. A não ser nas oficinas e nos grupos, [...] você não tem como fazer um atendimento individual aqui dentro do CAPS, com todos os usuários, não tem. (TSM2)

Nos discursos, é nítida a relação existente entre identificação com o trabalho na enfermagem e o desenvolvimento da sua prática. Se o profissional se identifica com a prática que está desenvolvendo, conseqüentemente despenderá mais energia na qualidade da atenção. Contudo, se a ação desenvolvida não se coaduna com seus objetivos profissionais o comprometimento com a prática fica debilitado.

Filizola, Milioni e Pavarini (2008) verificaram que os profissionais dos novos serviços de saúde mental, podem vivenciar, em decorrência da formação deficiente na área e do preconceito quanto ao objeto de cuidado, resistências, dificuldades e confusões no início e, na sequência, adaptar-se às práticas que não eram, especificamente da identidade da profissão para aprender a gostar.

Mesmo em face dessa situação, concordamos com os autores (FILIZOLA; MILIONI; PAVARINI, 2008) ao concluírem que a organização do trabalho nos CAPS permite meios eficazes para o desenvolvimento do vínculo com os usuários, o que traz satisfação, autonomia e aprendizagem em equipe e no decorrer da prática para os profissionais.

A **Participação na reabilitação** apresenta-se como parâmetro responsável pela satisfação por abordar a constatação da evolução nos quadros apresentados pelos usuários, seja em relação a situações clínicas, à inserção social ou familiar.

A promoção da reabilitação do usuário refere-se a um conjunto de ações baseadas nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica que objetivam ampliar “as habilidades das pessoas, diminuindo o dano causado pelo transtorno mental, envolve todos aqueles que fazem parte do processo de saúde-doença, ou seja,

usuários, familiares, profissionais e comunidade em geral (MIELKE et al, 2009, p.163).

Eu sinto isso de perto e acho que muitos sentiram isso também, ao ver o usuário tocar aquela sanfona e cantar, porque ele pouco falava. Senti uma alegria tão grande ao ver ele tocar aquela musica. Foi até formado um grupo de música, que depois a gente vai ver se retoma e fortalece esse grupo lá. Grupo de música deles mesmos. É importante ajudá-los a resgatar essa cidadania, que eles possam caminhar e a gente acompanhá-los a caminhar. (TSM5)

Tem muitos desafios também, como todo mundo da equipe, tem muitos desafios. Mas para mim é muito prazeroso ver os resultados, o usuário sair de uma crise, ou qualquer outra melhoria que a gente possa estar trazendo para ele. Eu acho que é muito bom mesmo, muito gratificante. (TSM10)

[...] E tem aquela criança, passei um tempo afastada daqui e quando voltei, está fazendo isso! Que coisa boa! Ou então mesmo a gente, naquele momento... Terapia, a gente vê que a criança esta respondendo? Olha para você e sorri, então motiva. Então também tem esse lado, de motivação. Não é só angústia. (TSM17)

O momento de satisfação, pelo menos para mim, muito grande, é em relação à gente estar no grupo de família, quando a família traz uma colocação de um usuário, comportamento, de uma fala dele em casa, e de repente a gente percebe que aquilo foi uma reflexão que foi feita em uma oficina, no grupo, e a gente vê o resultado. Em uma simples colocação que a família faz, a gente diz: "rapaz isso realmente surtiu efeito, pelo menos para um. Está acontecendo..." e assim, essas percepções a gente vê muito no grupo da família [...] (TSM23)

Diante dessa possibilidade os TSMs sentem-se motivados em poder contribuir e serem corresponsáveis pela perspectiva de condições de vida, em que a pessoa é vista como capaz de ter e expressar sentimentos, emoções, pensamentos, de alegrar-se, ter opinião, agir, tomar decisões, sofrer, ter momentos de raiva e efusão, sem que isso remeta a sintomas de incapacidade.

Os achados do estudo coadunam com os de Jorge et al (2007) ao abordarem acerca da satisfação dos profissionais dos CAPS e verificarem que o alto índice de satisfação deve-se às relações entre os profissionais e com os usuários, devido à resposta eficaz obtida com as estratégias realizadas, mesmo que as condições estruturais e organizativas do serviço não sejam favoráveis às ações e à participação na gestão.

A proximidade com os usuários permitida pela organização do CAPS, propicia maior vínculo com os usuários do serviço, o que favorece a percepção da melhora dos quadros pelos profissionais e participação no processo de reinserção social.

Situações que permitem a consecução de satisfação profissional (FILIZOLA; MILIONI; PAVARINI, 2008).

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O interesse que nos mobilizou a realizar este trabalho surgiu da necessidade de ampliar a reflexão e a discussão sobre o processo de implantação da Reforma Psiquiátrica no município de Campina Grande – PB. Ao procurarmos nos aproximar da prática profissional desenvolvida nos Serviços de Atenção Psicossocial, de várias modalidades (infantil, álcool e outras drogas em geral), buscamos dar voz aos profissionais, através de suas representações sobre a prática desenvolvida no cotidiano dos serviços. Buscamos responder a duas questões: quais as representações sociais dos profissionais de nível superior que atuam nos serviços de saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico sobre a sua atuação profissional? Que relação tem a representação social construída pelos profissionais com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica?

Frente a nossa história profissional e interesse pela temática, definimos uma trajetória de pesquisa na qual podemos visualizar três caminhos teóricos delineados: a aproximação com o objeto de estudo e o amadurecimento por meio da busca, estudo, análise, interpretação das diversas fontes bibliográficas pertinentes ao tema; a ampliação do olhar com a aproximação dos serviços e profissionais para produção do material empírico; e a descoberta das representações quanto à prática devido à adequação do referencial teórico e metodológico utilizado para consecução dos objetivos.

Os serviços pesquisados constam com semelhanças a respeito da organização de suas atividades e de suas equipes profissionais, que estão de acordo com a organização das atividades e recursos humanos requisitados pela legislação para os diversos Centros de Atenção Psicossocial. A aproximação com o objeto de estudo apenas se fez possível devido à abertura dos mesmos e da coordenação municipal para o desenvolvimento de estudos, o que evidencia o interesse no questionamento e reflexão para consecução de práticas e saberes cada vez mais condizentes com os princípios norteadores de ações reabilitadoras e emancipatórias, presentes no processo de Reforma Psiquiátrica.

Com relação às características sociodemográficas e profissionais dos participantes, evidenciamos, no âmbito da formação, o estímulo à consecução de

conhecimentos relacionados às transformações na saúde mental e discussão das práticas existentes. Por outro lado, é notório que a precariedade dos vínculos empregatícios proporciona uma situação de desconforto e insegurança trabalhista que repercute nas práticas, uma vez que no âmbito da saúde mental, a implicação com a área é fundamental para promover uma atuação com vistas à reabilitação psicossocial. Frente a essa situação, como propiciar a implicação do profissional com a prática, indissociável à atenção psicossocial e ao projeto terapêutico, com contratos de trabalho tão precários?

O uso das técnicas de produção do material empírico orientadas pela abordagem estrutural e de conteúdo, demonstraram uma adequação metodológica que se revelou pertinente no estudo das práticas cotidianas em um dado momento histórico de transição de paradigmas, relativamente aos novos serviços e busca de inclusão e aceitação social da diversidade.

As representações sociais dos profissionais aparentam ter incorporado termos que enfocam mudanças epistemológicas na produção das práticas, além de estarem pautadas em saberes que fomentam novas formas de abordagem, ampliando as intervenções, de modo que o indivíduo possa se apropriar de mecanismos que permitam a condução com mais autonomia de sua própria vida no cotidiano.

Foram expostos avanços na atenção tendo em vista a reinserção do indivíduo na comunidade, mas, também, surgiram questionamentos e problematizações frente à nova realidade prática que se interpõe, em que se questiona a existência da implicação social e da responsabilização e articulação das ações dos demais dispositivos sociais com a saúde mental; o desenvolvimento das práticas entre os profissionais das diversas áreas e especialidades, consideradas fundamentais para construção de ações e organização dos espaços comprometidos com a atenção em saúde mental, mas, simultaneamente, a confusão quanto à identidade profissional; as estratégias para o desenvolvimento de atividades fora dos CAPS, na busca por restituir aos indivíduos os espaços sociais; e o desafio da inclusão da família nas práticas profissionais devido a dificuldades em lidar com as especificidades de cada realidade, a corresponsabilização pelo tratamento, a sobrecarga da relação com o usuário.

O processo de transição de práticas requer, inicialmente, a consecução da transformação de saberes de modo que se construam ações que privilegiem a vida. Assim, ao apontar como elementos para saúde mental, equilíbrio, projeto e qualidade de vida, harmonia, remete à superação dos conceitos tradicionais relacionados à psiquiatria. Além disso, é nítida a necessidade de enfatizar a reconstrução do objeto de atenção com a ampliação do olhar da doença para a diversidade de modos de vida expostos pelos indivíduos. A partir dessa interpretação podem-se elaborar meios de ação que possibilitem a convivência com as diferenças existentes.

Face aos contextos histórico, social, cultural e econômico em que se situam as práticas profissionais na saúde mental, atuar na área constitui-se num desafio a ser superado a partir da especificidade de cada demanda. Agregado a esse contexto, as relações trabalhistas, a dificuldade de recursos materiais, financeiros, comunitários e intersetoriais, entre outros, ocasionam o aparecimento de sentimentos como frustração e angústia. Todavia, a identificação profissional influenciada pelo vínculo existente com os usuários e equipe aliada à consecução dos objetivos propostos nos projetos terapêuticos com situações de reabilitação dos usuários, materializa a motivação para o desenvolvimento da prática profissional, uma vez que a representação da valorização profissional reflete o descuido com a saúde física e emocional do cuidador em saúde.

Além disso, há a insistente referência dos participantes a falta de apoio e de recursos, principalmente por parte dos gestores, para viabilizar estratégias de reabilitação. Para consolidação dos pressupostos que fundamentam a dimensão técnico-assistencial necessita-se de maior suporte aos serviços especializados em Saúde Mental, além de investimentos na atenção básica para que possam responsabilizar-se pela sua demanda na área, e estímulos para ações intersetoriais de modo a se consolidar a rede de atenção.

Deste modo, requer-se maior compromisso da gestão para com a Saúde Mental, garantindo investimentos e valorização das equipes dos dispositivos especializados, recursos financeiros e materiais que possibilitem a execução e ampliação das propostas de atenção, e espaços de discussão das propostas do Ministério da Saúde para a área.

Este estudo não esgota a possibilidade de futuras pesquisas sobre a temática, pois face ao seu desenvolvimento surgiram questionamentos que vão além do escopo dos objetivos desta pesquisa e que remetem à necessidade de realização de novos estudos para aprofundarem a discussão: qual a qualidade da relação intersetorial e como vem ocorrendo a sua manutenção frente à realidade exposta nos achados do estudo? A partir do caráter inovador da atenção psicossocial, o desafio que se coloca também, é como obtê-la frente à representação de impotência, seja material com relação aos recursos, ou emocional, referida pelos TSM? Como os requisitos para o trabalho podem ser obtidos sem que existam discussões acerca das práticas existentes com a gestão responsável pelos recursos materiais?

Ao desenvolver o estudo no município de Campina Grande, tivemos a intenção de contribuir com o processo de Reforma Psiquiátrica ao nível local, oportunizando momentos de reflexão e discussão acerca das próprias práticas em saúde mental. Contudo, o que se revelou foi além dos ímpetus iniciais da pesquisa. Apesar do recorte no município e serviços deste, que se constituem no limite deste estudo, esta pesquisa traz dados, a análise do material empírico nos mostrou uma conjuntura social que, por mais que se trate de um estudo pontual, seus resultados não se limitam a ocorrências desta localidade quanto à transformação dos serviços de saúde.

Os achados deste estudo podem, seguramente, ser expandidos para uma melhor compreensão do processo de transição das práticas na área saúde mental e da própria percepção da pessoa em sofrimento. Nesta perspectiva, o modo de perceber e cuidar desta pessoa extrapola o serviço e busca apoio na sociedade para reinventar novas formas de respeitar e acolher a diversidade.

10 REFERÊNCIAS

- ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p. 27-38.
- ABUHAB, D.; SANTOS, A.B.A.P.; MESSENERG, C.B.; FONSECA, R.M.G.S.; SILVA A.L.A. O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v.26, n.3, p. 369-380, dez 2005.
- AROSON, K. Job satisfaction of nurses who work in private psychiatric hospitals. *Psychiatr Services*, v.56, n.1, p.102-104, 2005.
- ALMEIDA, P. F.; ESCOREL, S. Da avaliação em saúde à avaliação em saúde mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. **Saúde em Debate**, v. 25, n. 58, p. 35-46, maio/ago. 2001.
- ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface Comum. Saúde Educ.*, Botucatu, v.10, n.20, p. 299-316, jul./dez. 2006.
- AMARANTE, PDC. Asilos, alienados e alienistas: Pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994a, p. 73-84.
- AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul./set. 1995.
- _____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- ANTUNES, S. M. M. O.; QUEIROZ, M. S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.1, p. 207-215, 2007.
- ARRUDA, Â. Teorias de Representações Sociais e Teorias de Gênero. **Caderno de Pesquisa**, São Paulo, n. 117, p. 127-147, nov. 2002.
- BABINSKI, T.; HIRDES, A. Reabilitação psicossocial: a perspectiva de profissionais de Centros de Atenção Psicossocial do Rio Grande do Sul. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.13, n. 4, p. 568-576, out./dez. 2004.
- BALDISSERA, V. D. A. **Pesquisa-ação em lazer, sexualidade e educação para a saúde em pessoas que vivenciam a hipertensão arterial**. 2009. 115 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

BANDEIRA, M.; ISHARA, S.; ZUARDI, A.W. Satisfação e sobrecarga de profissionais de saúde mental: validade do constructo das escalas SATIS-BR e IMPACTO-BR. **J Bras Psiquiatr**, v.56, n.4, p. 280-286, 2007.

BARBIER, R. Escuta sensível na formação de profissionais de saúde. In: CONFERÊNCIA NA ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FEPECS – SES-GDF, 2002, Brasília. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/FEPECS>>. Acesso em: 26 maio 2011.

BARCELLOS, P. A. O.; AZEVEDO JUNIOR, S. M.; DE MUSIS, C. R.; BASTOS, H. F. B. N. As representações sociais dos professores e alunos da Escola Municipal Karla Patrícia, Recife, Pernambuco, sobre o manguenzal. **Ciênc. Educ.**, Bauru, v. 11, n. 2, p. 213-222, 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BASAGLIA, F. O. Saúde/doença. In: AMARANTE, P.; CRUZ, L. B. (Org.). Saúde mental: formação e crítica. Rio de Janeiro: Laps, 2008. p.17-36.

BLEGEN, N. E.; SEVERINSSON, E. Leadership and management in mental health nursing. **J. Nurs. Manag.**, v.19, p. 487–497, 2011.

BRASIL. Lei nº 7.498/86. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, 1986. Disponível em: <www.abennacional.org.br/download/LeiPROFISSIONAL.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 out. 1996.

_____. **Relatório final**: III Conferência Nacional de Saúde Mental – Cuidar sim, excluir não. Brasília, DF, 2002.

_____. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 60 p

_____. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. 1. ed. Brasília, DF, 2004a.

_____. **Residências Terapêuticas**: o que são, para que servem. Brasília, DF, 2004b.

_____. **Legislação em Saúde Mental**: 1990-2004. 5. ed. ampl. Brasília, DF, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: equipe de referência e apoio matricial . Brasília, 2004d. 19p.

_____. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, DF, 2005a. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.

_____. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005b. 76 p.

_____. **Saúde Mental em dados**. Brasília, DF, 2010. Disponível em:<<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 2 nov. 2010.

_____. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica: Relatório de Gestão 2007-2010**. Brasília, 2011.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de Promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p.15-38.

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

CAMPOS, C. M. S.; SOARES, C. B. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 621-628, 2003.

CARLOTTO, M.S.; CARAMA, S.G. Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil. **PSICO**, Porto Alegre, PUCRS, v. 39, n. 2, p. 152-158, abr./jun. 2008.

CARVALHO, L. B.; BOSI, M. L. M.; FREIRE, J. C. Dimensão ética do cuidado em saúde mental na rede pública de serviços. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p.700-706, 2008.

CASTRO, D. M. F. **A saúde mental do adolescente entre duas políticas públicas**: o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD) e a política de saúde mental. 2009. 150 p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

CIRILO, L. S. **Novos tempos**: Saúde Mental, CAPS e cidadania no discurso de usuários e familiares. 2006. 168 f. Dissertação (Mestrado interdisciplinar em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2006.

COIMBRA, V. C. C.; GUIMARÃES, J.; SILVA, M. C. F.; KANTORSKI, L.; SCATENA, M. C. M. Reabilitação psicossocial e família: considerações sobre a reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil. *Rev. Eletr. Enferm.*, v. 7, n. 1, p. 99 – 104,

2005. Disponível em:< <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em: 03 jan. 2011.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio- subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 141-168.

COUTINHO, M. P. L. Representações sociais; questionamentos metodológicos básicos na contextualização da investigação dos diferentes objetos de pesquisa. In: ENCONTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS INTERDISCIPLINARES EM REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: TEORIA, PESQUISA E INTERVENÇÃO, 5., 2003, Natal. **Anais...** Natal: Cartgraf, 2003. p.25-28.

COUTO, M.C.V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P.G.G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n. 4, Dec. 2008, p.384-389.

CRUZ, M. S.; SILVA FILHO, J. F. A formação de profissionais para a assistência de usuários de drogas e a constituição de um novo *habitus* de cuidado. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 2. p 120-126, 2005.

CUNHA, C. C.; BOARINI, M. L. O lugar da Criança e do Adolescente na Reforma Psiquiátrica. **Rev. Psicol. Saúde**, v. 3, n. 1, p. 68-76 jan./jun. 2011.

DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Disponível em:< <http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 17 jun. 2011.

DE MARCO, P.F.; CÍTERO, V.A.; MORAES, E.; NOGUEIRA-MARTINS, L.A.. O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.57, n.3, 2008, p.178-183.

DIMENSTEIN, M. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. **Mental**, Barbacena, v. 4, n. 6, p. 69-82, jun. 2006.

DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A. K.; BRITO, M.; PIMENTA, A. L.; MEDEIROS, V.; BEZERRA, E. O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde Mental. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v.18, n.1, p. 63-74, 2009.

DOBIES, D. V.; FIORONI, L. N. A assistência em saúde mental no município de São Carlos/SP: considerações sobre a história e a atualidade. **Interface Comum. Saúde Educ.**, Botucatu, v.14, n.33, p. 285-299, abr./jun. 2010.

FERIGATO, S. H.; CAMPOS, R. T. O.; BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Rev. Psicol. UNESP**, São Paulo, v. 6, n.1, p.31-44, 2007.

FILIZOLA, C.L.A.; MILIONI, D.B.; PAVARINI, S.C.I. A vivência dos trabalhadores de um CAPS diante da nova organização do trabalho em equipe. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet], v.10, n.2, 2008, p.491-503. Disponível em: [Http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a20.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a20.htm) Acesso em: 12 fev 2010.

FONSECA, L. M. **O debate sobre o destino dos egressos de longas internações psiquiátricas**: o caso do Instituto Municipal de Assistência à Saúde (IMAS) Juliano Moreira. 2005. 100 f. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2005.

FONSECA, A. L. N.; LACERDA, M. R.; MAFTUM, M. A. O cuidado transpessoal de enfermagem no domicílio ao portador de transtorno mental e sua família. **Cogitare Enfermagem**, v. 11, n.1, p. 7-15, 2006.

FREIRE, F. H. M. A.; UGÁ, M. A. D.; AMARANTE, P. Os centros de atenção psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In: AMARANTE, P. (Org.). Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau, 2005.

FREITAS, H. M. R. **Análise léxica e análise de conteúdo**: técnicas complementares, sequenciais e recorrentes para exploração de dados qualitativos. Porto Alegre: Editora Sagra Luzzatto, 2000.

GALL, S. H.; ATKINSON, J.; ELLIOTT, L.; JOHANSEN, R. Supporting carers of people diagnosed with schizophrenia: evaluating change in nursing practice following training. **J. Adv. Nurs.**, v.41, n.3, p. 295–305, 2003.

GASTAL, C. L. C.; GUTFREIND, C. Um estudo comparativo de dois serviços de saúde mental: relações entre participação popular e representações sociais relacionadas ao direito à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1835-1844, 2007.

GIGANTESCO, Antonella; PICARDI, Angelo; CHIAIA, Elvira; BALBI, Andrea; MOROSINI, Pierluigi. Job Satisfaction Among Mental Health Professionals in Rome, Italy. **Community Mental Health Journal**, v.39, n.4, 2003.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974. 116p.

GOLDBERG, J. Reabilitação como processo: o centro de atenção psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2001.

GUIMARÃES, J.; MEDEIROS, S. M.; SAEKI, T.; ALMEIDA, M. C. P. Desinstitucionalização em Saúde Mental: Considerações sobre o Paradigma Emergente. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n.58, p.5-11, maio/ago. 2001.

GUIMARAES, J.; MEDEIROS, S. M. Contribuição ao ensino de saúde mental sob o signo da desinstitucionalização. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p. 97-104, 2001.

GURGEL, M. G. I.; ALVES, M. D. S.; RÊGO, R. M. V.; SOUZA, Â. M. A.; COSTA, M. S. Grupo focal com enfermeiras. In: SOUZA, Â. M. A. (Org.). Coordenação de grupos: teoria, prática e pesquisa. Fortaleza: Expressão gráfica editora, 2011. p.309-316.

HIRDES, A.; KANTORSKI, L. P. Reabilitação Psicossocial: objetivos, princípios e valores. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, p.217-221, 2004.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, fev. 2009.

JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

JORGE, M. A. S. **Engenho dentro de casa**: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental. 1997. 111 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

KANTORSKI, L. P.; SOUZA, J.; WILLRICH, J. Q.; MIELKE, F. B. O cuidado em saúde mental: um olhar a partir de documentos e da observação participante. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 366-371, jul./set. 2006.

KANTORSKI, L. P. O conhecimento produzido em saúde mental e sua aplicação nos serviços. SMAD: Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool Drogas, Ribeirão Preto, v. 3, n. 1, fev. 2007. Disponível em: <www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>. Acesso em: 15 jan. 2010.

KANTORSKI, L. P.; MIELKE, F. B.; TEIXEIRA JUNIOR, S. O trabalho do enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial. **Trabalho Educ. Saúde**, v. 6, n.1, p.87-105, mar./jun. 2008.

KIRSCHBAUM, D. I. R.; PAULA, F. K. C. Contradições no discurso e na prática do trabalho de enfermagem nos serviços-dia de saúde mental. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 36, n. 2, p 170-176, 2002.

KODA, M. Y.; FERNANDES, M. I. A. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p.1455-1461, 2007.

LEÃO, A.; BARROS, S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 95-106, mar. 2008 .

LEVORLINO, S. A.; PELICIONE, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 35, n. 2, p. 115-21, jun. 2001.

LIMA, R. S. C.; EULÁLIO, M. C.; TARGINO, M. L. S. **Farmacêutico na farmácia: um avanço para a saúde coletiva**. Campina Grande: EDUEPB, 2004.

MACEDO, J. Q.; SILVEIRA, M. F. A.; EULÁLIO, M. C. **Protagonistas de uma história singular: Análise da experiência dos moradores na Residência Terapêutica Casa Azul: Relatório Final**. Campina Grande: UEPB, 2009.

MACEDO, J. Q.; SILVEIRA, M. F. A. The introductive experience of Half-Way Houses - Quantitative and qualitative analysis. **Online Braz. J. Nurs.**, São Paulo, v. 8, n. 2, 2009. Disponível em <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2375>>. Acesso em: 2 set. 2010.

MÂNGIA, E. F. Contribuições da abordagem canadense "prática de Terapia Ocupacional centrada no cliente" e dos autores da desinstitucionalização italiana para a terapia ocupacional em saúde mental. **Rev. Terapia Ocupacional da Universidade São Paulo**, São Paulo, v.13, n.3, p.127-34, set./dez. 2002.

MARI, J. J.; BRESSAN, R. A.; ALMEIDA-FILHO, N.; GEROLIN, J.; SHARAN, P.; SAXENA, S. Mental health research in Brazil: policies, infrastructure, financing and human resources. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p.161-169, 2006.

MIELKE, F. B.; KANTORSKI, L. P.; JARDIM, V. M. R.; OLSCHOWSKY, A.; MACHADO, M. S. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 159-164, 2009.

MILHOMEM, M. A. G. C.; OLIVEIRA, A. G. B. O trabalho em equipe nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. **Cogitare Enferm.**, v. 12, n. 1, p.101-108, 2007.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1978.

_____. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2003.

MOSTAZO, R. R.; KIRSCHBAUM, D. I. R. Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico. **Rev. Latinoam. Enferm.**, São Paulo, v. 11, n. 6, p.786-791, nov./dez. 2003.

MUCCI, S.; LUCCHESI, F.; LERMAN, T. G.; PARRO-PIRES, D. B.; GEOCZE, L.; ARANHA, L. B. S.; DE MARCO, M. A. Saúde Mental nas Práticas em Saúde – A Experiência do PROLIG. **Psicol. Ciênc. Profissão**, Brasília, v. 28, n. 3, p. 646-659, 2008.

NUNES, M.; TORRENTÉ, M.; OTTONI, V.; MORAES NETO, V.; SANTANA, M. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.188-196, jan. 2008.

OLIVEIRA, D. C. Pontuando idéias sobre o desenvolvimento metodológico dos estudos de representações sociais nas pesquisas brasileiras. In: Encontro de estudos e pesquisas interdisciplinares em representações sociais: teoria, pesquisa e intervenção, 5., 2003, Natal. **Anais...** Natal: Cartgraf, 2003.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.11, n.3, p.333-340, 2003.

OLIVEIRA, F. B.; FORTUNATO, M. L. Saúde Mental: reconstruindo saberes em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, n. 56, v. 1, p. 67-70, 2003.

OLIVEIRA, D. C.; MARQUES, S. C.; GOMES, A. M. T.; TEIXEIRA, M. C. T. V. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; CAMARGO, B. V.; JESUÍNO, J. C.; NÓBREGA, S. M. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora universitária UFPB, 2005. p.573- 603.

OLIVEIRA, A. G. B. Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial: algumas reflexões. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 694-702, 2006.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.5, p. 1053-1062, 2006.

OMS. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra, 2002. Relatório sobre a saúde no mundo.

OMS. **Reestruturação da assistência psiquiátrica: bases conceituais e caminhos para sua implementação: memórias da Conferência Regional para a reestruturação da assistência psiquiátrica**. Caracas, Venezuela, 1990; Milão, 1990.

OPAS. **Informações sobre saúde mental**. Genebra, 2000.

PEREIRA, M.A.O. Representação Social da doença mental pela família do paciente. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.7, n.12, p.71-82, 2003.

PEREIRA, R. C. **Políticas de saúde mental no Brasil: o processo de formulação da lei de reforma psiquiátrica (10.216/01)**. 2004. 244 p. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

PEREIRA, F.J.C.. Análise de dados qualitativos aplicados às representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P.; CAMARGO, B.V.; JESUINO, J.C.; NÓBREGA, S.M. (orgs).

Perspectivas teórico-metodológicas em Representações Sociais. João Pessoa: UFPB Editora Universitária, 2005. P.25-60.

PEREIRA, A. A. Saúde mental para médicos e enfermeiros que atuam no Programa Saúde da Família: uma contribuição sobre o processo de formação em serviço. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, v.13, n. 12, p. 13-33, 2007.

PINHO, P.H.; OLIVEIRA, M.A.F.; VAGAS, D.; ALMEIDA, M.M. et al. Reabilitação psicossocial dos usuários de álcool e outras drogas: a concepção de profissionais de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.43 (esp 2) , 2009, p. 1261-1269.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PUSCHEL, V. A. A.; IDE, C. A. C.; CHAVES, E. C. Instrumento para a abordagem psicossocial do indivíduo e da família na assistência domiciliar: condições de aplicabilidade. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 203-212, 2005.

PRANDONI, R. F. S.; PADILHA, M. I. C. S. Loucura e complexidade na clínica do cotidiano. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 623 – 634, 2006.

PRANDONI, R. F. S.; PADILHA, M. I. C. S.; SPRICIGO, J. S. A Reforma Psiquiátrica possível e situada. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p. 357-365, 2006.

REBOUCAS, D.; LEGAY, L. F.; ABELHA, L. Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, abr. 2007, p. 244-250.

REIS, R.; GARCIA, M. L. T. A trajetória de um serviço público em álcool e outras drogas no município de Vitória: o caso do CPTT. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1965-1974, 2008.

RIBEIRO, A. M. O lugar do psicanalista em uma clínica das psicoses: algumas reflexões. **Psychê**, São Paulo, ano 9, n. 16, p. 165-182, jul./dez 2005.

ROBINSON, J. R.; CLEMENTS, K.; LAND, C.. Workplace stress among psychiatric nurses. Prevalence, distribution, correlates, predictors. **J Psychosoc Nurs Ment Health Serv**, v. 41, n.4, 2003, p.32-41.

ROSA, GFS. A reforma psiquiátrica na perspectiva de familiares de usuários de um serviço de saúde mental. Trabalho de Conclusão de Curso. **CienFico**, anoIV, v.III, 2004. p.37- 48.

ROSA, L. C. S. Estágio em serviço social na saúde mental: desafios de ação universidade-serviço assistencial: uma experiência em CAPSi. **Serviço Social & Realidade**, Franca, v.17, n. 2, p.251-280, 2008.

SANTOS, É. G.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 59, n. 3, p. 238-246, 2010.

SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: Uma estratégia para a passagem do Milênio. In: PITTA, A. M. F. (Org.). **Reabilitação psicossocial**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 13-18.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n.1, p.127-134, 2008.

SILVA, A. T. M. C.; BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/exclusão social como interação e gesto. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 4-9, 2002.

SILVA, A. T. M.; SOUZA, J. S.; SILVA, C. C.; NÓBREGA, M. M. L.; OLIVEIRA FILHA, M.; BARROS, S.; BRAGA, J. E. Formação de enfermeiros na perspectiva da reforma psiquiátrica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 6, p. 675-678, nov./dez. 2004.

SOARES, S. R. R.; SAEKI, T. O Centro de Atenção Psicossocial sob a ótica dos usuários. *Rev. Latinoam. Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 923-929, 2006.

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

STEFANELLI, M. C.; FUKUDA, I. M. K.; ARANTES, E. C. **Enfermagem psiquiatria em suas dimensões assistenciais**. Barueri: Manole, 2008.

TANAKA, O. Y.; LAURIDSEN-RIBEIRO, E. Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p.1845-1853, 2006.

TAVARES, C. M. M. A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.14, n.3, p. 403-410, jul./set. 2005.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História Ciênc. Saúde Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p. 25-59, 2002.

TERRA, M. G.; RIBAS, D. L.; SARTURI, F.; ERDMANN, A. L. Saúde mental: do velho ao novo paradigma - uma reflexão. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 711-717, 2006.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p.73-85, 2001.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições e diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.3, p.507-514, 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE. Câmara superior de Pós Graduação. Resolução nº. 08/2008. Aprova o curso de Pós-Graduação Lato Sensu, em nível de Especialização, denominado Saúde Mental, sob a responsabilidade da Unidade Acadêmica de Medicina do C.C.B. S. em parceria com a Secretaria de Saúde do Município de Campina Grande. Disponível em:<http://www.ufcg.edu.br/~costa/resolucoes/res_14082008.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2011

VARGAS, D.; DUARTE, F.A.B. Enfermeiros dos centros de atenção psicossocial em álcool e drogas (Caps ad): a formação e a busca pelo conhecimento específico da área. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 1, mar. 2011, p.119-126.

VECHI, L. G. Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. **Est. Psicol.**, Natal, v. 9, n. 3, p. 489 – 495, set./dez. 2004.

WAGNER, W. Sócio-gênese e características das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: editora AB, 2000.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Tese (Doutorado Ciências na área de Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da pesquisa “Representações Sociais dos profissionais sobre a prática em saúde mental: pressupostos, ressignificação e satisfação profissional”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos;

- O trabalho “Representações Sociais dos profissionais sobre a prática em saúde mental: pressupostos, ressignificação e satisfação profissional” terá como objetivo geral conhecer as representações sociais dos profissionais de saúde sobre a prática nos novos serviços de saúde mental;
- Ao voluntário só caberá a autorização para gravação de voz em mídia digital da entrevista do Grupo Focal e informações escritas no Formulário e Teste de Associação Livre de Palavras. Não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário;
- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (85) 3366-8464 com Jaqueline Queiroz de Macedo na Secretaria da Pós- graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará;
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse;
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do Responsável

Assinatura do Participante

APÊNDICE B

TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS

Escreva as seis primeiras palavras que lhe vêm a cabeça quando pensa em:

Atuação profissional em saúde mental

_____ ()
_____ ()
_____ ()
_____ ()
_____ ()
_____ ()

Em seguida, enumere por ordem de importância.

TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS (Em si mesmo)

Escreva as seis primeiras palavras que lhe vêm a cabeça quando pensa em:

Minha atuação profissional em saúde mental

_____ ()
_____ ()
_____ ()
_____ ()
_____ ()
_____ ()

Em seguida, enumere por ordem de importância.

APÊNDICE C

Roteiro de entrevista

-Serviço de saúde mental no qual atua: _____

- Data ____/____/____;

DADOS DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA:

-Iniciais:_____ Estado civil: _____

-Idade: _____ Sexo: _____

-Religião: _____ Renda mensal: _____

CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL:

Graduação em: _____

() Pós-graduação latu-sensu. Área: _____

() Pós-graduação stricto-sensu. Área: _____

- Cursos realizados na área de Saúde Mental:

- Área de atuação atual:

() assistência () administrativa () outros. Qual? _____

- Atua em cargo de chefia?

() não () sim. Qual? _____

- Jornada semanal:

() ate 20 horas () 20 a 40 horas () mais de 40 horas

- Tempo de trabalho neste Serviço em anos: _____

- Tipo de vínculo com o trabalho

()CLT () concursado () terceirizado () outros. Qual? _____

- Renda mensal em salários mínimos:

() de 1 a 3 salários; () de 4 a 6 salários; () de 7 a 10 salários; ()
11 ou mais.

Tempo de trabalho na área de Saúde Mental: _____

- Quais serviços? _____

- Quando? _____

- Atualmente, trabalha em outro serviço além deste? Qual?

APÊNDICE D

ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

Componentes: equipe técnica dos Centro de Atenção Psicossocial do município de Campina Grande

Data ____/____/____ Horário inicial _____ Horário final _____

Duração _____

Número de componentes

Local

Relator

Observador

Blocos temáticos e perguntas norteadoras

1 Conceito de saúde mental

O que é para você saúde mental?

2 Atuação do profissional desenvolvida no Centro de Atenção Psicossocial

Quais são as atividades que você desenvolve neste serviço?

Se fosse possível, quais outras atividades você realizaria neste serviço.

3 Satisfação profissional

O que você sente ao realizar suas atividades diárias nesse serviço?

ANEXOS

ANEXO 1



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB

PROJETO CAAE Nº: 0620.0.133.000-10

PARECER

- APROVADO
- NÃO APROVADO
- PENDENTE

TÍTULO: “Prática profissional em saúde mental:representações sociais da equipe técnica”.

PESQUISADOR: Jaqueline Queiroz de Macedo

DESCRIÇÃO: Trata-se de uma pesquisa de campo, de caráter descritivo e abordagem qualitativa. Tem como objetivo conhecer as representações sociais do profissional sobre a sua prática nos novos serviços de saúde mental. O projeto encontra-se bem estruturado. Durante o desenvolvimento da pesquisa, os pesquisadores adotarão os princípios éticos dispostos na RESOLUÇÃO 196/96 do CNS/MS. Neste sentido, sou de parecer favorável à aprovação do projeto, salvo melhor juízo.

Campina Grande, 15 de dezembro de 2010.

Relator: 04

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA


Prof.ª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisas

ANEXO 2

**PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “Prática em saúde mental: representações sociais da equipe técnica” desenvolvida pela mestranda Jaqueline Queiroz de Macedo do Curso de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, sob a orientação da professora Violante Augusta Batista Braga no Centro de Atenção Psicossocial geral III, Centro de Atenção Psicossocial infantil e Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas.

CAMPINA GRANDE, 09 DE DEZEMBRO DE 2010

Ana Amélia Arruda - CRP-13/026
Coord. de Saúde Mental - C. Grande - PB

ANA AMÉLIA ARAÚJO ARRUDA

Coordenadora de Saúde Mental do Município de

Campina Grande-PB