

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
PUC-SP

Sérgio Luiz Ribeiro

O dispositivo equipe em Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde:
Um fazer *entre* profissões

Doutorado em Psicologia Social

São Paulo
2016

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
PUC-SP

Sérgio Luiz Ribeiro

O dispositivo equipe em Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde:
Um fazer *entre* profissões

Doutorado em Psicologia Social

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Psicologia Social, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Cristina Gonçalves Vicentin.

São Paulo
2016

BANCA EXAMINADORA

Esta pesquisa teve o apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES/PROSUP.

AGRADECIMENTOS

A Regilene, minha companheira, sem a qual esta jornada não teria começado e terminado.

A minha mãe Santana e meus irmão Nívea e Marcos, pelo incentivo e carinho de todas as horas.

A meu pai Alcides (*in memoriam*), sempre presente em meu coração.

Aos trabalhadores e usuários do Centro de Saúde Mental pela disponibilidade de participar desta pesquisa e compartilhar comigo seu cotidiano.

Aos colegas de trabalho do Departamento Regional de Saúde pela compreensão, apoio e incentivo.

Aos professores e alunos do Curso de Psicologia da UNIP de Bauru pelo estímulo e torcida.

Aos colegas e professores que convivi nas disciplinas e atividades do Programa de Psicologia Social da PUC/SP pelos debates, encontros, trocas e discussões.

Aos colegas do Núcleo de Pesquisa Lógicas Institucionais e Coletivas pela acolhida, descobertas, transversalizações, inquietações e apoio. Este trabalho tem muito de todos vocês.

Aos professores Odair Furtado, Laura Beluzzo de Campos Silva e Maurício Lourenção Garcia, pelas contribuições e generosidade para a construção deste trabalho.

A Maria Cristina Vicentin por ter me aberto as portas e me acompanhado por entre esta jornada, com carinho, disponibilidade e sabedoria em todos os momentos.

RESUMO

RIBEIRO, Sérgio L. O Dispositivo Equipe em Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde: Um Fazer *Entre* Profissões. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.

Trata-se de um estudo sobre o dispositivo equipe nos serviços da Atenção Básica à Saúde em suas ações de saúde mental e o trabalho entre profissões, entendidos como mecanismos fundamentais para a Reforma Psiquiátrica na perspectiva da Atenção Psicossocial. Os objetivos específicos foram: 1) sistematizar o debate sobre o processo de trabalho em equipe no campo da Reforma Psiquiátrica; 2) identificar e analisar o funcionamento e as dimensões de grupalidade e entre profissões da equipe de saúde acompanhada. O trabalho foi organizado em duas partes. A primeira tratou da emergência histórica do dispositivo equipe a partir das contribuições da Reforma Psiquiátrica na Europa em torno do processo de trabalho. Nesta parte também apresentamos os conceitos produzidos por profissionais e pesquisadores brasileiros sobre o trabalho em equipe no campo da saúde: Campo e Núcleo de Competência e Responsabilidade, Clínica Comum e o Entre-profissões, que foram, ao lado do conceito de dispositivo, nossas ferramentas de análise. A segunda parte deste trabalho foi a realização de uma pesquisa-intervenção, na perspectiva da análise institucional francesa, junto a uma Unidade Básica de Saúde – o Centro de Saúde Mental – que realiza o atendimento em saúde mental em um pequeno município do interior do Estado de São Paulo. Esta consistiu no acompanhamento das atividades deste serviço e na realização de quatro encontros temáticos com a equipe em torno do seu processo de trabalho. Este serviço funciona como um híbrido, realizando ao mesmo tempo práticas como Unidade Básica de Saúde e como Ambulatório de Saúde Mental e outras que se aproximam do trabalho de um Centro de Atenção psicossocial. Tal disposição híbrida sugere que há nesta experiência potências para forjar no âmbito de um município pequeno a singularidade da atenção em saúde mental. No seu processo de trabalho esta equipe opera as fronteiras profissionais e as tensões na construção de um entre-comum, com o entendimento que a multiplicidade é um motor desta produção, e ao mesmo tempo, que é fundamental o respeito às diferenças de opiniões e práticas no dia a dia. Deste modo, evidencia-se que é importante que os serviços de saúde, além das atividades organizativas, criem possibilidades de atuações conjuntas e de encontro dos profissionais que favoreçam a tessitura e reflexão do entre-profissional e o fazer do comum da equipe. Os profissionais do serviço acompanhado têm sido desafiados a exercer o protagonismo da construção de uma rede de cuidado em saúde mental no município. Mas têm enfrentado dúvidas de assumir este protagonismo e as dificuldades da pouca oferta de serviços, equipamentos e programas, o preconceito e uma visão medicalizante do sofrimento psíquico presentes neste território. Neste contexto, consideramos necessária a discussão de outras possibilidades de financiamento e de tipos de serviços de saúde mental, que possam ser efetivadas nos pequenos municípios, a maioria dos existentes no país, de acordo com as necessidades e possibilidades que apresentam.

Palavras-chave: Saúde Mental, Atenção Psicossocial, Atenção Básica à Saúde, dispositivo equipe, interdisciplinaridade, pesquisa-intervenção.

ABSTRACT

Ribeiro, Sérgio L. The Team Apparatus in Mental Health on Primary Health Care: A Make in Between Professions.

It is a study of the team apparatus in the primary health care services in their mental health activities and the work a between professions, understood as fundamental mechanisms for Psychiatric Reform from the perspective of Psychosocial Attention. The specific objectives were: 1) systemize the debate on the process of working as a team in the field of Psychiatric Reform; 2) identify and analyze the operation and dimensions of groupality and between professions in accompanied health team. The work was organized in two parts. The first dealt about the historical emergence of the team apparatus from the contributions of Psychiatric Reform in Europe around the work process. In this part we also present the concepts produced by brazilians professionals and researchers on the team work in the health field: Field and Core Competence and Responsibility, Common Clinic and the Between-professions, that were combined with the concept device, our analysis tools. The second part of this work was the realization of an intervention-research in a view to French Institutional Analysis, in a Basic Health Unit - the Mental Health Center, wat do the mental health care in a small town in the *São Paulo* State. This consisted in the accompaniment the activities of this service and realization four thematic meetings with the team about their work process. This service work it as a hybrid, performing, at the same time, practice as Basic Health Unit and how Mental Health Ambulatory and others who approach the work of a Psychosocial Care Center. Such hybrid arrangement suggests that there is this experience powers to forge under a small municipality the singularity of mental health care. In their work process this team operates professional borders and tensions in building one between-common, with the understanding that the multiplicity is an engine of this production, and at the same time, which is fundamental respect for differences of opinions and practices in daily. Is important that the health services, in addition to organizational activities, create possibilities for joint performances and encounters of professionals that weave the reflection of between-professions and do the common in team. The professionals of Mental Health Center have been challenged to exercise the protagonist in building a care mental health network in the city. But have faced doubt take on this role, the difficulties of short supply of services, equipment and programs, preconception and a medicalized view of psychic suffering present in this territory. In this context, we consider it necessary to discuss other financing possibilities and types of mental health services, which can take effect in small cities, the most in Brazil, according to your needs and possibilities.

Key words: Mental Health, Psychosocial Attention, Primary Health Care, team appatatus, interdisciplinarity, intervention-research.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CSM - Centro de Saúde Mental

ESF - Estratégia Saúde da Família

NAPS - Núcleos de Atenção Psicossocial

NASF - Núcleos de Atenção à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

UNESP - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para Infância

UNIP - Universidade Paulista

SUMÁRIO

Introdução

Atenção Psicossocial: Inseparabilidade do Cuidado e do Processo de Trabalho	01
Atenção Básica e Saúde Mental	05
Trajetórias do Pesquisador no Tema	09
Dispositivo Equipe: O Que Nos Conta a Produção Acadêmica?	14

I – Emergência do Dispositivo Equipe

1.1 - Dispositivo	24
1.2 – Dispositivo Equipe e a Saúde Mental	27
1.3 – A Psicoterapia Institucional na França	29
- Saint-Albain - Tratar no Coletivo pela Diferença e Multiplicidade	30
- La Borde – A Transversalidade no Coletivo	35
1.4 - A Comunidade Terapêutica Inglesa	39
- Ressocializar pelo Comunalismo, Participação e Democratização	41
1.5 - A Psiquiatria Democrática Italiana	46
- Gorizia – A Comunidade Terapêutica como Negação do Hospital	48
Psiquiátrico	
- Trieste - Da Tutela do Hospital à Responsabilização – A Multiplicidade do Território	51

II – O Entre Profissões – Derivas Brasileiras

2.1 - Tensões nas Disciplinaridades e Profissões no Cuidado em Saúde	62
2.2 - Modulações Multi/Inter/Trans/In-Disciplinares	64
2.3 - Entre-disciplinaridade no Processo de Trabalho em Equipe	67
2.4 - Articulação Campo e Núcleo de Competência e Responsabilidade	69
2.5 - Equipe Usuário-Centrada	70
2.6 - Dimensão Cuidadora das Práticas de Saúde	70
2.7 - Clínica Comum	71
2.8 - Equipe(s) de Referência e Apoio Matricial	73

III – O Centro de Saúde Mental e sua História	75
3.1 – O Centro de Saúde Mental e o Percurso da Pesquisa	75
3.2- O ‘Roxinho’	79
- Uma Pré-história que Implica o Pesquisador	80
- Antecedentes do Roxinho	81
IV – Acompanhando o Cotidiano da Equipe: Produções e Análises	81
4.1 - O Cotidiano do Roxinho – Entre Ambulatório e Unidade Básica de Saúde	88
4.2 - O Fazer <i>Entre</i> Profissões	100
- A Cozinha	100
- “Entrar na Roda, Entrar na Onda”	103
- Práticas “Nada a Ver”	110
4.3 - “Atravessa a Rua e Vai Lá” – As Tensões na Rede de Assistência	110
- Um Caso para a Equipe do Roxinho	115
- “Vamos Atravessar a Rua e Ir Juntos Lá!”	121
Considerações finais	123
Referências	129
Bases de Dados Consultadas	141
Apêndices	
A - Cartaz Encontro com Profissionais Linha do Tempo do CSM	142
B - Fichas Encontro com Profissionais Comum e Específico	143
C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	144
Anexos	
A - Aprovação da realização da Pesquisa pelo CEP – PUC/SP	147
B – Termo Autorização para Pesquisa	150

INTRODUÇÃO

Atenção Psicossocial: Inseparabilidade do Cuidado e do Processo de Trabalho

O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil como processo de construção de um novo ordenamento institucional para o cuidado de pessoas com sofrimento psíquico, a partir do final da década de 1970, trouxe alterações profundas no entendimento dos transtornos mentais, nas formas de atenção às pessoas acometidas por eles e também ao papel social atribuído as profissões e ao processo de trabalho na área da Saúde Mental.

Pode ser entendido historicamente como um processo social complexo, surgido naquele contexto da redemocratização do país e fruto das influências estrangeiras, principalmente da Europa e Estados Unidos do pós Segunda Guerra Mundial e das reflexões e práticas produzidas aqui por profissionais dos serviços de saúde. A Reforma Psiquiátrica em nosso país se fundamentou numa crítica ao sistema nacional de Saúde Mental, às instituições psiquiátricas clássicas e aos seus fundamentos epistemológicos e objetivou a produção de saberes e fazeres que levassem à criação de outras instituições e modalidades de cuidado e atenção ao sofrimento psíquico, bem como à busca de um novo espaço social para a loucura (YASUI, 2006).

Devido a estas influências e às do processo de Reforma Sanitária do país com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), iniciou-se a criação de uma rede de serviços e estratégias de atendimento aos portadores de sofrimento psíquico, a partir do final da década de 1980, desde os serviços de Atenção Básica à Saúde até os especializados como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), visando à substituição das formas de tratamentos hospitalocêntricos-medicalizadores. Para a consolidação desta rede de atendimento uma das principais necessidades é a criação e funcionamento do trabalho em equipe articulando profissões e saberes diversos, graças ao entendimento do sofrimento psíquico como uma produção sócio-histórica complexa, em que se articulam dimensões orgânicas, sociais e subjetivas.

Apesar disto, de acordo com Moura (2003) podemos constatar no cotidiano dos serviços de saúde e saúde mental a presença de uma relação tensa e muitas vezes antagônica entre a organização do processo trabalho nestes locais – que busca por rotinas e generalizações para intervir no real - e a multiplicidade de processos de cuidado ao sofrimento psíquico dos usuários com sua imprevisibilidade e impossibilidade de

generalizações. Afirma que muitas vezes para resolver este antagonismo acaba por prevalecer a organização sobre a clínica ou a clínica sobre a organização, levando a uma lógica disjuntiva, transformando um destes polos em presença exclusiva na tentativa de aplacar a tensão causada nestes entrecruzamentos. Para enfrentar estas dicotomias, coloca que a democratização dos processos de trabalho não visa à eliminação das diferenças ou sua negação, mas a vivência e processamento, sem exclusões, das diversas possibilidades de atuação e das tensões que surgem no dia a dia. A consideração da dinâmica dos desejos, seu funcionamento e singularidades também devem ser articulados dinamicamente, levando em consideração os interesses da organização do trabalho e as necessidades do cuidado aos usuários nestes serviços de saúde.

Compartilhando este entendimento Yasui e Costa-Rosa (2008) apontam que a hegemonia do Modo de Produção Capitalista na organização dos equipamentos de saúde e na formação dos profissionais faz com que os serviços de atendimento se estruturam numa lógica hierarquizada e verticalizada. Estes reproduzem a criação de subjetividades serializadas com os diversos saberes e profissões compartmentalizadas e fragmentadas com pouca ou nenhuma articulação entre si no dia a dia. Como resultado os profissionais da equipe tem dificuldade para ouvir o sujeito e sua dor para além da doença, de estabelecer diálogos que produzam uma integração entre os profissionais e saberes que trabalham lado a lado e também em criar estratégias que vão na direção da ampliação da participação e a autonomia dos usuários nestes serviços de saúde, de acordo com os pressupostos da Atenção Psicossocial.

Como parte do processo de Reforma Psiquiátrica no país e com a perspectiva de superar o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador¹, Amarante (2003), Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003) têm procurado conceituar a Atenção Psicossocial como diretriz político-ideológica e teórico-técnica do campo da Saúde Mental para o qual se pretende construir um outro paradigma.

Delineando mais a Atenção Psicossocial, Amarante (2003) coloca que essa deve ser compreendida como um processo social complexo, que se desenvolve no bojo do processo paradigmático de transição da ciência na modernidade, e supõe a articulação de mudanças em várias dimensões simultâneas e inter-relacionadas referentes aos campos epistemológico, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

¹ Paradigma ainda hegemônico no campo da Saúde Mental, fundamentado no Modo Capitalista de Produção e no entendimento da determinação orgânica da doença mental, não levando em consideração o sujeito e sua subjetividade numa perspectiva de doença-cura. Seus meios de trabalho são médico-centrados e hospitalocêntricos na lógica da hierarquização, especialização e fragmentação do processo de trabalho (YASUI e COSTA-ROSA, 2008).

A Atenção Psicossocial também pretende romper com o paradigma doença-cura. A saúde é concebida como um processo histórico e social decorrente da relação do homem com ele mesmo, com os outros na sociedade e com o meio ambiente. Isto é, a saúde é resultante das condições de vida do homem em seu cotidiano e constitui-se num campo de saber entre disciplinas, complexo e de práticas diversas.

A Atenção Psicossocial, particularmente em sua dimensão técnico-assistencial, coloca que para o avanço da Reforma Psiquiátrica é preciso a invenção de uma rede de novos serviços, espaços de sociabilidade e de trocas e o entendimento da produção de saúde como produção de subjetividades². Portanto, é necessário romper com as práticas disciplinares e entrar em contato com o sujeito em sua experiência-sofrimento, a fim de possibilitar o reposicionamento dele no mundo, considerando sua dimensão subjetiva e sociocultural, bem como a recuperação do seu estatuto de sujeito de direitos. Para isso, os serviços de atendimento devem ter como práticas de organização, gestão e cuidado a participação e cogestão com os usuários e a comunidade, a horizontalização das relações intrainstitucionais e a divisão do trabalho interprofissional integrada em profundidade - a superação da divisão do trabalho multiprofissional e especialista numa perspectiva de atuação inter e transdisciplinar (COSTA-ROSA, LUZIO e YASUI, 2003).

A integração em profundidade referida acima tem como fundamento a articulação entre os processos de trabalho em equipe e o cuidado prestado aos usuários. Costa-Rosa (2013, p. 144) define este processo de trabalho como práxis “[...] capacidade humana de manejar o real utilizando as ferramentas da função simbólica, inerente tanto ao trabalho em geral quanto ao trabalho do pensamento”. Explicitando seu funcionamento este autor coloca que deve ser de forma cooperada, não separando os atos decisórios dos de execução no processo de trabalho e gestão dos serviços de saúde. Este processo de trabalho deve, ainda, criar condições para que sejam potencializadas ou criadas linhas que permitam o transitar da tensão entre os espaços comuns e específicos em seu cotidiano, a utilização de práticas territoriais que deem relevância aos aspectos psíquicos e sociais dos usuários e que os levem ao protagonismo dos seus direitos sociais e subjetivos. Para tanto, o processo de trabalho deve operar com áreas de ação específicas e comuns simultaneamente, construindo um espaço comum na equipe como entrecruzamento das práticas de todos os profissionais. Este espaço comum é criado a partir da atuação em conjunto dos profissionais, pelo compartilhamento de

² Subjetividade como aquela produzida por múltiplas instâncias individuais, coletivas e institucionais, sendo que engendram a subjetividade sem relações hierárquicas fixas. Como processo, devir, imanência e produzida nos atos e nessas múltiplas relações. Uma subjetividade plural, polifônica e sem uma instância dominante que determine seus fluxos e suas possibilidades (GUATTARI, 2006; FERNÁNDEZ, 2008).

ações simultâneas no mesmo local e tempo e pelas discussões e reflexões das atuações nos projetos dos usuários. Acrescenta que a tomada de decisões sobre as práticas devem ser negociada em todos os aspectos - administrativos, técnicos, éticas, teóricos e políticos - em conjunto pelos profissionais da equipe.

Podemos acrescentar que contribuem a este modo de operar do processo de trabalho em equipe, apontados por este autor, os questionamentos sobre o próprio processo de trabalho e as possibilidades de encontros, trocas afetivas e de experiências que se produzem no cotidiano da atuação em equipe.

Por tudo isso, de acordo com as propostas da Atenção Psicossocial, o trabalho em equipe é o principal instrumento de intervenção, invenção e produção dos cuidados ao sofrimento psíquico e à promoção de saúde. Também é necessária a construção de uma rede de atenção à Saúde Mental, conforme as características do território³, a partir da Atenção Básica à Saúde. Desse modo, criando ações que possibilitem cuidar integralmente tanto de quem sofre como da recuperação de seus espaços e direitos sociais.

Cumprir destacar ainda que a Atenção Psicossocial ganhou força com as experiências bem sucedidas em vários locais⁴ e com a inclusão do seu modelo nas diretrizes, normas e leis na assistência à Saúde Mental, culminando na Lei Federal nº. 10.216 de 06 de abril de 2001 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004), a qual se constituiu como uma diretriz técnico-política para o Brasil com objetivo de garantir significativas alterações para a criação de serviços substitutivos, da diminuição de leitos psiquiátricos e da promoção de estratégias para pessoas que sofreram longas internações nos hospitais.

Desta forma, tanto o processo de Reforma Psiquiátrica como o da Reforma Sanitária no Brasil tem seguido no sentido da municipalização e descentralização das ações de saúde, na participação dos usuários e trabalhadores na gestão do sistema e na criação de redes de serviços, a partir das necessidades do território, que possam oferecer cuidados diversificados aos usuários.

³ Considerado pelo Ministério da Saúde como um espaço vivo, geograficamente delimitado e ocupado por uma população específica, contextualizada em razão das identidades comuns - culturais, sociais, econômicas e políticas.

⁴ Entre as mais significativas estão a criação do CAPS Luís da Rocha Cerqueira na cidade de São Paulo em 1987 e dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos em 1989.

Atenção Básica e Saúde Mental

A Atenção Básica à Saúde, também denominada de Atenção Primária à Saúde, passou a adquirir uma expressão internacional a partir da I Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), realizada em Alma-Ata, Cazaquistão, em 1978. Essa conferência definiu a Saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social; um direito humano fundamental da população que, para ser alcançado, são necessárias ações de outros setores sociais e econômicos – além do setor da saúde – e definiu também que os cuidados primários de saúde são a chave para que essa meta seja atingida (DECLARAÇÃO DE ALTA-ATA, 1978).

No Brasil, a aproximação de tais orientações se intensificou com a criação do SUS, em 1990, cuja concepção do processo saúde-doença é vinculada à qualidade de vida e ao acesso a bens e serviços econômicos e sociais. Assim, juntamente com os princípios de universalidade, equidade e integralidade⁵ das ações de saúde, legitima-se uma concepção da determinação social do processo saúde-doença, resultante de fatores como modo de vida e de relacionamento dos indivíduos e grupos sociais (QUEIROZ e SALUM, 1996 citados por CAÇAPAVA e COLVEIRO, 2008).

A partir desse período, a Atenção Básica terá um papel destacado na rede assistencial pela criação de unidades básicas de saúde e centros de saúde, já que passou a ser entendida não somente como porta de entrada para o usuário no sistema através da oferta de serviços e tecnologias de saúde de menor complexidade, mas como o local de realização de ações de saúde individual e coletiva que abrangem sua promoção, proteção, prevenção de agravos, seu diagnóstico, tratamento, sua reabilitação e manutenção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b).

Com a implantação do SUS, a Atenção Básica foi sendo disseminada no país por meio das unidades básicas e centros de saúde, representando o início da descentralização e universalização da atenção na saúde pública. De acordo com dados atuais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015), conta-se no país com 35.276 Unidades Básicas de Saúde e Centros de Saúde, 9.841 Postos de Saúde e 681 Unidades Mistas (que agregam atendimento 24 horas, Atenção Básica e urgência).

⁵ Universalidade: acesso da população a todas as ações e serviços de saúde independente das características sociais ou pessoais. Equidade: garantia a igualdade da assistência à saúde, sem privilégios ou preconceitos a todos os cidadãos. Integralidade: consideração do ser humano como um todo devendo as ações de saúde atender todas as suas necessidades (PAIM, SILVA, 2010).

Em 1994, o Governo Federal criou o Programa de Saúde da Família, que a partir de 1996, passou a ser o norte estratégico de redefinição do modelo de atenção do SUS com objetivo de fortalecer e implantar a Atenção Básica à Saúde na rede de atenção à saúde. Esse programa, atualmente designado como Estratégia Saúde da Família (ESF), é um modelo de Atenção Básica à Saúde apoiado na unidade familiar e construído operacionalmente na esfera comunitária, visando à possibilidade de expansão do acesso à atenção primária, de consolidação do processo de municipalização, regionalização e integralidade da assistência à saúde (ANDRADE, BUENO e BEZERRA, 2007).

Vale ressaltar que, no fim da década de 1990 e início dos anos 2000, começam a ser implantados por meio de orientações do Ministério da Saúde para o trabalho na Estratégia Saúde da Família e nos CAPS as Equipes de Referência e o Apoio Matricial no campo da Atenção Básica à Saúde como possibilidade de se realizar uma clínica integrada às distintas especialidades e profissões que compõem este campo e a Saúde Mental.

Segundo Campos e Domitti (2007), Equipe de Referência é aquela que tem a seu encargo a responsabilidade do cuidado de um caso individual, familiar ou comunitário e objetiva ampliar e integrar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários. Ela pretende superar o encaminhamento de profissional para profissional na Atenção Básica e que os usuários sejam acompanhados de acordo com sua necessidade por uma equipe ou profissional de referência.

Já o Apoio Matricial consiste em assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais de referência, para através disso oferecer apoio assistencial e técnico-pedagógico a determinada área da saúde, como a saúde mental. Nesse caso, a equipe ou profissionais do CAPS fariam o matriciamento dos casos com demanda de saúde mental que fossem solicitados pela equipe da Atenção Básica, como forma de integrar conhecimentos e ações nesse cuidado (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Essas duas estratégias – a Equipe de Referência e o Apoio Matricial – buscam possibilidades de ampliação do trabalho no campo da Saúde, pois consideram que nenhum profissional, de modo isolado, assegurará uma abordagem integral aos usuários. Além disso, pretendem garantir maior eficiência e resolutividade ao trabalho com a saúde, transformações do seu processo e colaborar com o incentivo da construção da autonomia dos usuários.

Sobre o Apoio Matricial, pesquisas colocam esta ferramenta como fundamental na inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica e no aprimoramento das ações das equipes da Saúde da Família, fazendo com que estas saiam do isolamento dos serviços especializados e façam parte do todo da saúde dos usuários, diminuindo barreiras e preconceções. Também

indicam que as equipes que contam com o Apoio Matricial tem a possibilidade de exercer uma melhor atenção ao sofrimento psíquico, possibilitando a estas uma escuta e um acolhimento mais elaborado aos usuários e maior integração entre a Atenção Básica e a rede de saúde mental do território (FIGUEIREDO e ONOCKO-CAMPOS, 2009; MORAIS, 2010; MELO, 2009; NASCIMENTO, 2007).

Vale lembrar que, como forma de estender a estratégia do Apoio Matricial às equipes de Estratégia Saúde da Família, o Ministério da Saúde criou em 2008 os Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), os quais devem ser compostos por profissionais de diferentes áreas do conhecimento e devem atuar em conjunto com as equipes da Saúde da Família, compartilhando as práticas do cuidado com a saúde nos territórios por que são responsáveis. Na lógica do apoio matricial, o NASF tem a incumbência de reforçar a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a integralidade, o controle social e a gestão compartilhada nas ações realizadas pelas equipes da Saúde da Família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Dessa forma, institucionaliza-se o Apoio Matricial na Saúde da Família através de uma equipe de profissionais que tem especificamente o objetivo de realizar tal apoio.

Duas das consequências mais marcantes – tanto da consolidação do SUS como da Reforma Psiquiátrica no Brasil – têm sido a descentralização e a municipalização das ações, incluindo as da Saúde Mental.

A partir de 2001, começam a existir ações mais diretas do Ministério da Saúde para estimular a inserção da Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde. Em 2003, foram elaboradas a Circular Conjunta da Coordenação de Saúde Mental e a Coordenação de Gestão da Atenção Básica – Saúde Mental na Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários – Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Nesse documento são delineadas as principais diretrizes para a articulação entre Atenção Básica e Saúde Mental. São elas a construção de rede de cuidados, de base territorial e de atuação transversal com outras políticas na busca de acolhimento, de vínculos, promoção de cidadania e autonomia dos usuários e familiares. E para tanto, coloca como indispensável a multiprofissionalidade e interdisciplinaridade da atuação dos profissionais fortalecendo, desse modo, o trabalho em equipe.

Mais recentemente, no final do ano de 2011, o Ministério da Saúde lançou as diretrizes para a constituição da Rede de Atenção Psicossocial no país, objetivando a atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental ou do uso do *crack*, álcool e outras drogas. A criação dessa Rede é apontada como necessária para a integração e a articulação dos diversos serviços de saúde como também para a ampliação e diversificação daqueles oferecidos à

Saúde Mental no SUS. Um dos componentes da Rede é a Atenção Básica à Saúde e, nesse ponto, são colocadas as Unidades Básicas de Saúde e os Centros de Saúde, os quais têm a responsabilidade de desenvolver ações de promoção, prevenção e cuidados aos transtornos mentais e às pessoas com necessidade de assistência decorrentes da dependência química (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Assim, desde meados dos anos 2000 e com o processo de criação e implantação das Redes de Atenção Psicossocial regionais, pretende-se superar a lógica da hierarquização e da fragmentação dos processos de trabalho e da assistência com a organização em rede do cuidado à Saúde Mental. Esse é um processo que está no início e a realidade que temos, no tocante às políticas públicas nesta área, é o avanço maior na estruturação de uma rede de cuidado àqueles que são gravemente acometidos pelo sofrimento psíquico, principalmente por meio dos serviços especializados como os CAPS. No entanto, em relação aos cuidados e às ações de Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde o processo ainda carece de ampliação e consolidação, apesar dos avanços obtidos pela constituição de Equipes de Referências e de Apoio Matricial e com a criação dos NASF.

Outra questão que se coloca é que, segundo Luzio e L'Abbate (2009), a maior parte dos municípios brasileiros (96%) tem população menor que 20.000 habitantes. Ou seja, a grande maioria dos municípios não conta com um serviço especializado como os CAPS, que pela legislação atual só pode ser criado em municípios ou consórcio de municípios que totalizem no mínimo 20.000 habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Desta forma, nos pequenos municípios do país a assistência à saúde mental, quando realizada, acaba sendo feita nas unidades básicas, centros de saúde ou pelas equipes da Saúde da Família. Estes locais geralmente utilizam de um modelo de mini-ambulatórios de saúde mental – atendimentos individualizados ou grupais com finalidades curativas - ou híbridos nos quais se articulam ações curativas, de ressocialização e promoção de saúde, amalgamando os princípios de ambulatório de saúde mental, Atenção Básica e CAPS. Deste modo, a configuração da organização do cuidado em saúde mental nos pequenos municípios, apesar do avanço do processo da Reforma Psiquiátrica no país, é um campo aberto, muitas vezes de ausência de responsabilização dos gestores municipais, práticas medicalizantes e hospitalocêntricas, mas em outros de oferta de possibilidades de invenção de formas singulares de cuidado de acordo com as demandas dos usuários.

De acordo com este breve histórico do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil e as relações entre Saúde Mental, Atenção Psicossocial e Atenção Básica à Saúde, faz-se necessário, para a superação do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador, a

constituição de equipes que experimentem a desconstrução das fronteiras entre as especialidades, que trabalhem tanto para a constituição de saberes *entre* profissões e para um espaço social para o sofrimento psíquico. Que estas também levem em conta sua complexidade e singularidade e que neste processo produzam a superação da divisão e fragmentação dos processos de trabalho e da assistência ao usuário.

Trajetórias do Pesquisador no Tema

Na minha experiência profissional, pude experimentar ativamente o campo da saúde mental na qual se imbricam o processo de trabalho e clínica e no qual o dispositivo⁶ equipe tem um lugar estratégico.

Meu primeiro trabalho como psicólogo foi no início de 1994 quando ingressei em um hospital psiquiátrico, o Hospital Professor Cantídio de Moura Campos (público estadual), da cidade de Botucatu-SP, interior do Estado de São Paulo. A partir daquele cotidiano e do contato intenso com os pacientes e com os profissionais cada vez mais aumentou meu interesse pelas questões relacionadas ao sofrimento psíquico, suas formas de tratamento, a criação de uma rede de atendimento e das mudanças necessárias nos serviços de saúde mental. Assim fui cada vez mais me identificado com esta área.

As transformações pelas quais passou o Hospital Cantídio, e que acompanhei, foram muito significativas para mim. Uma das que considero mais relevante foi o processo de formação de equipes multiprofissionais, até então inexistentes, para o atendimento dos internos e a construção de programas específicos de atendimentos para cada uma destas equipes. Antes desta criação o hospital era, do ponto de vista técnico-administrativo, organizado em setores: Psicologia, Serviço Social, Enfermagem, Médico. Os profissionais destes setores realizavam o atendimento nas diversas alas do hospital, que por sua vez não possuíam programas de atendimento específicos.

Trabalhei naquele Hospital durante 5 anos (1994-1999) junto à Enfermaria de internos Agudos Masculinos e por um ano e meio exerci o cargo de coordenador desta Equipe. Isto me trouxe a possibilidade de vivenciar as dificuldades e potencialidades de conviver com as diferenças de interesse, visões e especificidades dos profissionais para a construção de um

⁶ Entendido como um artifício criado para responder as demandas institucionais e pessoais de integrantes de um *lócus* social, como espaço de atravessamento dos diversos contextos inscritos neste *lócus*: políticos, econômicos, afetivos, históricos, culturais, legais (LOURAU, 1993; FOUCAULT, 2013). Mais adiante retomaremos este conceito.

trabalho comum, participativo e democrático. Pude viver, na prática, que quando se propicia condições no cotidiano da equipe de atendimento de participação, divisão de responsabilidades, autonomia e respeito às diferenças, a construção de um comum partilhado acontece. Então as tensões podem ser transformadas em melhoria na assistência aos usuários e satisfação e crescimento profissional aos trabalhadores.

Também durante este período a diretoria do hospital teve a ideia de criar um serviço externo ao hospital. Isto era necessário, pois uma das dificuldades da época era a falta de serviços de acolhimento e ressocialização na cidade e na região para os usuários com quadros graves ou moderados após a alta do hospital, o que acabava por redundar em reinternações frequentes. Depois de várias discussões resolveu-se pela criação de um CAPS, vinculado técnica e administrativamente ao Hospital Cantídio, para atender o município e a região próxima.

A equipe deste CAPS, da qual fiz parte, foi incumbida de fazer o projeto terapêutico deste, contato com os serviços de saúde da cidade e região e junto com a diretoria do hospital conseguir um espaço físico para a instalação do mesmo. Ele começou a funcionar em 1999 sendo batizado como CAPS Espaço Vivo e era localizado no segundo andar de um Centro de Saúde municipal, no centro da cidade. Estes dois serviços tinha uma boa convivência, mas durante o tempo que trabalhei no CAPS, por dois anos e meio, não chegaram a realizar ações conjuntas, apesar das tentativas feitas pela nossa equipe. Meu trabalho neste local foi uma das experiências mais marcantes de minha trajetória profissional. Esta equipe pôde inventar, criar, ousar formas de atendimento aos usuários e à comunidade, além de transformar as relações de trabalho e de seu funcionamento e as inter-relações com os usuários e seus familiares. Algumas práticas que foram assumidas no dia a dia daquela equipe colaboram com isto:

- Na organização das atividades todas tinham o mesmo valor. Sendo assim, não havia práticas mais ou menos importantes do ponto de vista terapêutico e de socialização.

- Procuramos articular a especificidade de cada profissão e as habilidades e interesses dos profissionais e usuários para a coordenação das atividades. Deste modo, o profissional que tinha afinidade por teatro iniciou uma oficina de teatro, a que tinha habilidade de manicure iniciou um salão de beleza e assim por diante.

- Todas as decisões administrativas e técnicas eram discutidas e decididas em conjunto pelos profissionais e as atividades cotidianas e administrativas, que estavam ligadas diretamente aos usuários, eram decididas em assembleia geral semanal na qual participavam os profissionais, usuários e familiares (RIBEIRO, 2004).

Agregou-se as experiências que citei, no Hospital Cantídio e no CAPS, minha atuação no Ambulatório Regional de Saúde Mental (público estadual) da cidade de Bauru, interior do Estado de São Paulo, no qual passei a atuar a partir de 2002. Este procurava, junto aos onze municípios de sua microrregião que era referência, efetivar uma prática do atendimento ao sofrimento psíquico dentro das propostas da Atenção Psicossocial. Assim atuava na assistência e ressocialização dos usuários e no apoio e orientação aos municípios da região, para que também realizassem ações de saúde mental em seus territórios, numa perspectiva que poderíamos caracterizar como Apoio Matricial. Além disto, tive a possibilidade de ter um contato maior com a realidade de outros usuários, profissionais e com a Articulação Regional de Saúde Mental do Departamento Regional de Saúde, pois participei de credenciamentos, treinamentos, assessorias e supervisões a serviços de saúde e saúde mental da região.

Pelo meu interesse e experiência profissional a partir do ano de 2000 comecei a trabalhar como professor no Curso de Psicologia da Universidade Paulista (UNIP) de Bauru, na disciplina de Psicopatologia. Desde aquela época esta disciplina concentrava as questões referentes ao diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais, as políticas de Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica e possibilitava a todos os alunos a vivência prática do contato com os usuários e profissionais de serviços de saúde mental. Isto não era comum na maioria dos cursos da Psicologia, privados ou públicos, da época, que não ofereciam atividades curriculares ou disciplinas com estes temas, quando muito, isto ocorria somente por meio de estágios extracurriculares. Isto fazia com que a grande parte dos profissionais de Psicologia recém-formados tivesse pouco ou nenhum conhecimento do campo da Saúde Pública e Mental quando nelas fossem atuar. Deste modo, a formação dos psicólogos no geral no início dos anos 2000 estava à parte do movimento da Reforma Psiquiátrica e das políticas públicas de Saúde e Saúde Mental, formando-os quase que exclusivamente para serem profissionais liberais, atuarem em consultório particular e realizarem psicoterapia individual.

Estas tensões entre o que se propunha da atuação em equipe do profissional no campo da Saúde Mental, na perspectiva da Atenção Psicossocial e como vinha se dando a formação dos profissionais da saúde, especificamente do psicólogo, me levaram ao interesse de fazer Mestrado com o tema da formação do psicólogo para atuar na saúde mental. Iniciei o Mestrado em Psicologia em 2005 na UNESP em Assis, interior do Estado de São Paulo, com o objetivo de problematizar a formação do psicólogo para a atuação na Saúde Mental a partir das orientações das diretrizes do Ministério da Saúde sobre esta área, de autores que estudaram esta formação e dos aportes da Atenção Psicossocial. A pesquisa foi documental e a partir das problematizações acima analisamos as Diretrizes Curriculares da Psicologia e

como estas preconizavam o papel e a formação do psicólogo para a atuação na Saúde e Saúde Mental.

Naquele trabalho de Mestrado concluímos que as Diretrizes Curriculares não se referem à formação do psicólogo para a área da saúde mental. Elas propõem habilidades e competências do psicólogo de forma bastante generalizada, ou seja, elas abarcam as diversas áreas de atuação desse profissional. Portanto, as especificações em termos de habilidades e competências devem ser realizadas nas ênfases curriculares definidas pelos próprios cursos de Graduação. A única área de atuação que este documento especifica e faz referência sobre a formação é para a atenção à saúde. Mas quando se referem as habilidades e competências para subsidiar esta atuação, sugere que sejam apoiadas na prática do exame, do diagnóstico, da observação e análise do comportamento. Ou seja, mantém uma concepção de doença-cura e de suas estratégias de cuidado e com uma relação com a ideia de ajustamento e prevenção. Assim, o profissional para atuação na atenção à saúde continuaria a ser formado para utilizar-se das estratégias de recuperação e prevenção dos comportamentos desajustados e dos problemas emocionais, tomando o sujeito que sofre como um agente passivo e individualizado, num processo de carência-suprimento. A partir disto, pudemos afirmar que as Diretrizes Curriculares para a Psicologia pouco reproduzem ou refletem das propostas contidas nos relatórios, legislação e outros documentos e práticas que se referem à formação profissional no campo da Saúde e Saúde Mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica e da Atenção Psicossocial (RIBEIRO, 2008).

O avanço da municipalização das ações de saúde e saúde mental provocou alterações na configuração dos serviços regionais localizados em Bauru. A partir de 2009 a Secretaria Estadual de Saúde iniciou um processo de municipalização ou desativação dos Ambulatórios Regionais de Saúde e de Saúde Mental. A cidade de Bauru já contava com quatro serviços em sua rede de saúde mental: um ambulatório, um CAPS I, outro Ad (álcool e drogas) e outro infantil. Deste modo, este município não teve interesse na municipalização do Ambulatório Regional e no gerenciamento de mais um serviço de saúde mental municipal. Assim sendo, o Ambulatório Regional foi desativado e os profissionais foram realocados, de acordo com a necessidade e os seus interesses, em outros setores do Departamento Regional de Saúde de Bauru. Durante o processo de desativação do Ambulatório Regional surgiu a proposta de que alguns profissionais junto com a Articulação de Saúde Mental do Departamento Regional criarem uma Equipe de Apoio Matricial Regional em Saúde Mental, para fortalecer o atendimento em saúde mental nos municípios da região.

A Equipe Matricial que passou a funcionar em junho de 2010, e que integrei, era composta ainda por uma assistente social, uma enfermeira, uma psicóloga e um médico psiquiatra. A finalidade era assessorar os municípios da região para implantação ou aprimoramento das ações de Saúde Mental, principalmente na Atenção Básica à Saúde. Como estratégia inicial realizamos reuniões com os profissionais dos municípios e os gestores municipais para conhecer a realidade, potencialidades e dificuldades de cada um deles e pensar junto com estas equipes a implantação ou melhoria do cuidado em saúde mental.

Este foi um processo muito interessante, pois conheci realidades ao mesmo tempo diversas, mas também semelhantes, dos 68 municípios que compõem a região do Departamento Regional de Saúde de Bauru. Pude perceber também como a constituição, as formas de operar e de construir o cotidiano do trabalho em equipe tinham reflexos significativos no cuidado aos usuários, na integração com os outros setores do município e a gestão municipal e também no interesse e satisfação dos profissionais com seu trabalho.

Outro aspecto que destaco foi que percebi em muitos profissionais e serviços a pouca disponibilidade de estarem abertos as demandas dos usuários e da comunidade. Deste modo, organizavam os serviços e os cuidados a partir do que tinha a ofertar, que muitas vezes não correspondia as necessidades dos usuários. Uma das questões que mais discutimos com os profissionais dos municípios da região nestas reuniões foi a importância dos serviços e práticas serem usuários-centrados e assim poderem ter mais capacidade e plasticidade ao acolhimento do sofrimento psíquico.

A Equipe Matricial funcionou com esta configuração e objetivos até o final de 2011. A partir daí a equipe ficou reduzida a três pessoas, pelo falecimento da psicóloga, aposentadoria da assistente social e pela indisponibilidade de reposição destas profissionais. Esta Equipe Matricial passou a atuar mais como suporte à Articulação de Saúde Mental regional nas questões técnicas de Saúde Mental: fiscalização e credenciamentos de serviços (CAPS, Residências Terapêuticas, leitos para desintoxicação, hospitais psiquiátricos), colaboração em treinamentos e na construção da Rede de Atenção Psicossocial da região, assessorar a Central de Vagas de internações psiquiátricas, no encaminhamento das solicitações de internações compulsórias em hospitais psiquiátricos e orientações sobre saúde mental aos serviços e profissionais da região que solicitassem.

As consequências do processo de descentralização e municipalização das ações de saúde e saúde mental advindas da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica e da centralidade do papel do trabalho em equipe na organização e assistência nestes campos tem grande consonância com minha trajetória profissional. Deste modo, iniciei minha atuação em

um hospital psiquiátrico, depois em um CAPS, Ambulatório de saúde mental e prossegui como apoiador de serviços de saúde mental municipais. Ou seja, percorri uma das trajetórias do processo de assistência à saúde mental – da internação psiquiátrica, passando para serviços substitutivos e chegando aos serviços municipais da Atenção Básica à Saúde.

Acompanhei e vivenciei estas transformações no processo de trabalho e no cuidado aos usuários de saúde mental nesta trajetória e isto me fez querer conhecer mais como se processam as relações entre os profissionais no trabalho em equipe, particularmente nos pequenos municípios e nos serviços da Atenção Básica, por ser este o perfil da maioria dos municípios da região de Bauru e também é a realidade dos 5.570 municípios do país (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

Como tem se processado a articulação dos diferentes profissionais no trabalho em equipe no atendimento em saúde mental nos pequenos municípios? Quais são os reflexos que este funcionamento produz no cuidado aos usuários destes territórios? Estas foram as primeiras questões que me levaram a pensar no tema para um trabalho de Doutorado.

- Dispositivo Equipe: O Que Nos Conta a Produção Acadêmica?

Com a finalidade de nos aproximarmos de como tem sido problematizado o trabalho em equipe em Saúde Mental, realizamos um levantamento bibliográfico⁷ de Teses, Dissertações, artigos e livros.

A pesquisa bibliográfica realizada por Fortuna e Mishima (1998) citada por Fortuna (1999) sobre o tema do trabalho em equipe em saúde, identificou três modos de pensar e conceber o trabalho em equipe: a partir dos resultados, das relações e da interdisciplinaridade. Contextualizam que aquelas que privilegiam os resultados tomam a equipe como insumo, como recurso ou instrumento de aumento da produtividade dos profissionais, racionalização dos processos e na busca da ausência de conflitos neste espaço. Nas que enfocam a equipe como relações estão aquelas que utilizam de conceitos da Psicologia; muitos buscando também a produtividade, eficiência e eficácia; e que analisam as equipes focando em suas

⁷ Bases de dados consultadas: Acervus – Sistema de Bibliotecas da UNICAMP, Banco de Teses CAPES, Biblioteca de Saúde Pública – Fiocruz, Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, Catálogo Athena – UNESP, Dedalus - Banco de Dados Bibliográficos da USP, Domínio Público, Google Acadêmico, Lumem – Sistema de Bibliotecas PUC/SP, Minerva – UFRJ, Scielo, Sirius – Rede Bibliotecas da UERJ e Sistema de Bibliotecas da UFRGS.

- Palavras-chave utilizadas de maneira combinada foram: equipe interdisciplinar, equipe saúde mental, equipe interprofissional, equipe multidisciplinar, trabalho em equipe, processos de trabalho equipe, Análise Institucional, Psicologia Social, Atenção Básica à Saúde, Saúde Mental, Atenção Psicossocial e Reforma Psiquiátrica.

relações interpessoais e nos processos psíquicos a eles relacionados. No terceiro modo, o da interdisciplinaridade, buscam compreender o conceito de equipe como articulação dos saberes e discutir a divisão técnica e social do trabalho em saúde, tendo a equipe o papel principal na organização dos serviços de saúde e na promoção do cuidado e da saúde dos usuários.

Aproveitando esta categorização proposta por estas autoras, consideramos nesta pesquisa bibliográfica a equipe enquanto um dispositivo interdisciplinar. Mais à frente, retomaremos esta discussão da equipe como um dispositivo de indisciplinar profissões, no capítulo II. Assim buscamos estudos que tiveram a intenção de conhecer a atuação e o funcionamento multi/inter/transdisciplinar do trabalho em equipe em serviços de saúde mental e encontramos algumas questões.

Peduzzi (1998) coloca que desde aquela época eram poucas as pesquisas empíricas que tomavam como objeto a equipe como realidade objetiva e subjetiva do trabalho em saúde. Sua pesquisa foi feita com quatro tipos de equipe de saúde diferentes: enfermagem clínica, unidade de terapia intensiva, ambulatório de especialidades gerais e ambulatório de saúde mental. Do ponto de vista geral nestas equipes refere que os profissionais de saúde destacaram a necessidade, por um lado, de preservar as especificidades de cada trabalho especializado e por outro, a necessidade de flexibilizar a divisão do trabalho. Ou seja, que os profissionais devem realizar intervenções próprias de suas respectivas áreas, mas também ações comuns, nas quais integrem saberes de distintos campos como: recepção, acolhimento, grupos educativos e outros. Coloca que a convivência da flexibilidade da divisão de trabalho com as especificidades de cada profissional, que pode perceber nestas equipes, não chegava a produzir alterações significativas nos processos de trabalho, principalmente do modelo biomédico dominante. Aponta que esta convivência produzia tensões, borrava as fronteiras profissionais e questionamentos das desigualdades entre as práticas e os profissionais nas equipes que podiam levar a outros modos de funcionamento.

Nesta perspectiva, esta autora ainda coloca que quanto mais uma equipe enfatiza a flexibilidade da divisão do trabalho e a construção de práticas comuns, maior são as possibilidades de integração de seus membros e de um funcionamento interdisciplinar. Deste modo, constrói um trabalho coletivo, na qual convergem ações técnicas e interação dos profissionais, em um processo dinâmico, processual e conflitivo. Ao contrário, quanto maior a ênfase nas especificidades do trabalho leva a equipe a se restringir a um agrupamento de profissionais, reproduzindo o modo capitalista da divisão de trabalho, fragmentado e desarticulado.

Também nesta direção, a pesquisa de Ribeiro (2002) apontou a dimensão política do trabalho em equipe, na medida em que este potencializa movimentos e desejos de seus participantes e de outros com quem mantém relação. Isso pode levar à alteração nas relações de poder ao redefinir as tarefas e a circulação dos saberes, ou seja, o trabalho em equipe pode ser um potente instrumento de alteração das relações institucionais no que diz respeito ao cuidado com os usuários e ao serviço de saúde com a comunidade.

No entanto, outras pesquisas apontam que as maiores dificuldades para a efetivação do funcionamento inter/transdisciplinar em equipe são a superficialidade, a dispersão e a superação da visão particular de cada participante. Também relatam que muitos trabalhadores percebem que as práticas da equipe são diluidoras das especificidades profissionais, o que gera resistência e temores e interferem nas relações e práticas da equipe (ABUHAB et al, 2005; SILVA, 2010).

Explicitando esse processo, Silva (2001) afirma que o grande desafio para as equipes de saúde mental é ao mesmo tempo criar modelos teóricos e técnicos que tenham a potência de articular os diversos saberes e profissões e produzir cuidado aos usuários de acordo com estes modelos. Na equipe de um hospital-dia, buscou conhecer como representava e articulava saberes e práticas no atendimento de seus usuários, identificou que esta passou por três momentos: um de um ecletismo indiferenciado, outro no qual a equipe discriminou a multiplicidade de saberes e passou a utilizar como modelo a Psiquiatria Psicodinâmica e um terceiro no qual este modelo é confrontado e que se tenta justapor, articular ou integrar Psiquiatria e Psicanálise. Segue uma síntese destes três momentos:

- No primeiro momento, esta equipe definia sua identidade a partir da oposição ao modelo hospitalocêntrico, a doença mental como biológica e seu tratamento por meio da medicação-internação. Deste modo operava um ecletismo indiferenciado e uma recusa de se elaborar reflexões do objeto do tratamento e das práticas que realizava. Estas só eram definidas a partir da oposição ao outro modelo: anti-medicação, anti-internação, anti-Psiquiatria Clínica. A equipe é levada a rever este posicionamento pela necessidade de enfrentar os fracassos de alguns casos e da realidade da psicose.

- No segundo momento, descreve que a equipe fez reflexões e movimentos em busca de um objeto comum e articulações de suas ações, em um processo de discriminar e ao mesmo tempo tentar amalgamar práticas e saberes. Utilizaram a Psiquiatria Psicodinâmica como tentativa de definir um objeto de intervenção comum, como forma de articular a visão clínica à compreensão fenomenológica do sofrimento psíquico e passaram a normatizar suas práticas de acordo com esta concepção.

- Na tentativa de se construir este objeto surgem críticas dos profissionais e intensas disputas e confrontos de saberes e uma polarização entre Psiquiatria ou Psicanálise, impedindo a construção deste objeto de intervenção comum para a equipe e que a autora define como o terceiro momento. A partir disto, os profissionais decidem iniciar um processo de supervisão clínica-institucional, que foi conduzida por uma analista institucional e psicanalista não vinculado à equipe. Naquele processo os profissionais vislumbram a possibilidade de articular as práticas e entendimentos a partir de um objeto: a psicose e com isto valorizando a escuta da transferência e a singularidade dos usuários e dos profissionais.

As questões das tensões e articulações do trabalho em equipe também são levantadas por Luzio (2003) e Luzio e L'Abbate (2009) na pesquisa sobre as ressonâncias do processo de Reforma Psiquiátrica em dois municípios (um de pequeno porte e outro de médio porte) do interior do Estado de São Paulo. Colocam que os profissionais destes dois municípios consideravam que o trabalho em equipe era importante para construir as ações e organizar os serviços de acordo com a Atenção Psicossocial. Apesar disto, as equipes destes municípios funcionavam como uma junção de pessoas, como uma "linha de montagem" e demonstraram dificuldades de problematizar este modo de atuar, como produto da alienação produzida pela própria divisão do trabalho do modo de produção capitalista. Segundo as autoras é fundamental no processo de elaboração de um trabalho em equipe que esta desenvolva seu reconhecimento enquanto grupo, dos recursos técnicos-políticos que dispõe, analisar os saberes e tensões que se colocam em disputa e assim produzir conjuntamente modos de ação para os processos de trabalho e assistência aos usuários.

Vasconcellos (2008) coloca em seu estudo, realizado em um CAPS, que é um grande desafio nos serviços de saúde mental a criação de espaços de mediação que possibilitem interlocução entre os profissionais e seus saberes, sem que haja esfacelamento de suas competências específicas, pois esta convivência inevitavelmente produz tensões. Por outro lado, o que estas tensões irão produzir vai depender da capacidade grupal e intersubjetiva desta equipe e como opera os encontros entre estes profissionais. Estes encontros podem ser agenciadores potentes e ajudar a resolver problemas, encontrar soluções e práticas para o cotidiano destes trabalhadores. Afirma ainda que o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira e suas reflexões e questionamentos - sobre a loucura, os objetivos da assistência à saúde, o papel dos profissionais e a relação terapêutica - são motores no plano prático e imaginário que dão sustentação, tanto no âmbito coletivo como individual, para as operações do entre profissional nas equipes de saúde mental.

Ressaltando as questões da formação dos profissionais e o trabalho em equipe, Abuhab et al (2005), Bichaff (2006), Ramminger (2009) e Silva (2010) colocam que mesmo nos CAPS a maior parte dos trabalhadores apresentava uma formação fragmentada e tecnicista, com pouca interação com outras áreas do conhecimento, e uma visão dicotômica entre saúde e doença mental. Isso resultava nos locais que pesquisaram em práticas terapêuticas voltadas ao indivíduo e à sua doença desvinculadas do contexto social. Desse modo, as pesquisadores apontaram como fundamentais as alterações na formação dos profissionais, incluindo a formação em serviços – estágios - e a educação permanente a fim de modificar o modo que opera a articulação entre os profissionais nestes serviços.

Abuhab et al (2005) trazem ainda, na pesquisa que realizaram em um CAPS em Santo André – Estado de São Paulo, além das questões que já apontamos neste texto sobre o que dificulta o trabalho em equipe, afirmaram que para os serviços de saúde mental poderem produzir cuidados aos usuários são imprescindíveis as reuniões de equipe, com organização e reflexão pessoal e coletiva, articulação e disponibilidade dos participantes para se alterem os processos de trabalho. Defendem também que não é somente a criação e funcionamento de serviços de saúde mental comunitários que levará a superação do modelo hospitalocêntrico-medicalizador, mas a forma como estes serviços se organizam, principalmente no como funcionam suas equipes e conseqüentemente, nas práticas e cuidados que produzem na assistência aos usuários.

A maior parte das pesquisas encontradas sobre o tema, como as referidas acima, foi realizada em CAPS ou outros serviços especializados de atendimento com propostas semelhantes. Existe, portanto, um número considerável de estudos sobre funcionamento em equipe, processo de trabalho, processos de gestão e formação dos profissionais nesse tipo de serviço de saúde.

Por outro lado, foram poucos os estudos sobre o funcionamento multi/inter/transdisciplinar da equipe de profissionais nas ações de saúde mental nos serviços da Atenção Básica e sua articulação com a rede de atenção em saúde e saúde mental destes territórios. Entre eles, o de Caçapava e Colvero (2008) indicou que em muitas Unidades Básicas de Saúde, em uma região da cidade de São Paulo, o atendimento ao sofrimento psíquico se faz numa perspectiva médico-biológica, com pouca articulação de trabalho em equipe. Referem que a consulta médica é quem definia o fluxo de atendimento do usuário no atendimento e foram poucas as referências ao suporte social aos usuários, apesar da afirmação dos pesquisados da determinação social do processo saúde/doença. Assim sendo, estes atendimentos se mostraram distantes das perspectivas do acolhimento desse sofrimento em

sua dimensão subjetiva e sociocultural e da perspectiva experiência-sofrimento como pretende a Atenção Psicossocial.

Já o trabalho de Ribeiro (2002) além de apontar as potencialidades do trabalho em equipe nas mudanças das relações institucionais, na melhoria ao cuidado aos usuários e nas relações com a comunidade, traz reflexões sobre a organização da saúde mental na Atenção Básica. Nela ele narra a constituição de uma equipe de saúde mental em um bairro de Porto Alegre, formada por uma assistente social, um médico clínico, um pediatra, duas psicólogas, uma dentista e uma neurologista. Desde seu início esta equipe tinha a intenção de alterar a produção de demanda por saúde mental daquele território e não somente dar conta da então existente. Como principal estratégia para mapear as demandas dos usuários os profissionais passaram a realizar triagem grupal dos que iniciavam tratamento, ao invés de individual.

Ainda segundo o autor, junto com este mapeamento foram alterando os trabalhos em grupo, que no início eram montados em torno do tipo de patologia e/ou sua gravidade (grupo de bipolares, de terapia familiar), para outros que privilegiavam a prevenção e promoção de saúde organizados por perfil, idade e histórico com o serviço (grupos de adolescentes, de crianças, de expressão e criatividade). A realização destas atividades neste novo perfil foi substituindo o modelo de consulta individual e de grupos terapêuticos.

Deste modo, as contribuições que este relato traz são que aquela equipe de saúde da Atenção Básica criou possibilidades de atendimento diversas do modelo ambulatorial em saúde mental - geralmente centrado em grupos ou atendimentos individuais com características relacionadas às ações curativas. As práticas e organização que desenvolveram têm semelhanças as de promoção de saúde das Unidades Básicas de Saúde e também dos pressupostos da ressocialização dos serviços como os CAPS. Assim sendo, veicula uma forma de construção das ações da saúde mental que cria outras possibilidades a partir do que já temos como serviços de saúde institucionalizados. Estas foram construídas a partir da desnaturalização da demanda em saúde mental, de uma escuta e cuidado aos usuários de forma integrada e de acordo com as demandas e possibilidades do território que este serviço estava inserido. Ou seja, utilizando os pressupostos da Atenção Psicossocial e tecendo um entre profissional potente e criativo.

Em síntese, podemos afirmar que são escassas as pesquisas que encontramos que pesquisaram as potencialidades, os percalços da implantação e consolidação das equipes e o funcionamento entre profissões nas práticas em saúde mental nas unidades básicas de saúde e centros de saúde, a sua consonância com os ideais da Atenção Psicossocial e os reflexos deste funcionamento nas ações no cuidado ao sofrimento psíquico dos usuários, bem como no

trabalho cotidiano destes profissionais. Por outro lado, existem pesquisas e práticas que problematizaram estas questões nos serviços especializados como hospitais-dia.

Objetivos e Estrutura do Trabalho

Estes questionamentos e possibilidades levantadas pelas pesquisas que referimos junto com nossas questões iniciais; suscitadas pelo nosso caminho profissional, pelo processo da Reforma Psiquiátrica e da descentralização e municipalização das ações de Saúde e Saúde Mental; foram delimitando mais o tema desta pesquisa.

Como já afirmamos, concebemos Saúde Mental como um campo multideterminado e complexo. Devido às influências do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, da criação de uma rede de serviços e estratégias de atendimento aos portadores de sofrimento psíquico visando à substituição das formas de tratamento hospitalocêntricos-medicalizadores e em consonância com a Atenção Psicossocial, faz-se necessário a criação e funcionamento do trabalho em equipe na direção do entre profissões.

Para tanto é necessária a atuação e articulação do trabalho de profissionais de diferentes especialidades para compor as equipes, numa perspectiva que supere a divisão e fragmentação em especialidades nos processos de trabalho. Soma-se a isto a imprescindível construção de uma rede de atendimento em saúde mental desde os serviços de atendimento da Atenção Básica à Saúde até os serviços especializados.

Apesar destas necessidades, da conseqüente criação de vários CAPS e outros serviços de saúde mental especializados e da expansão do cuidado em saúde mental na Atenção Básica encontram-se dificuldades neste processo. Entre elas está a dos trabalhadores conseguirem articular práticas integradas em equipe e as tensões deste processo e a formação dos profissionais de saúde pouco incluir as contribuições da Saúde Pública, da Atenção Psicossocial e da atuação em equipe inter/trans/entre-disciplinar. Isto acaba por refletir na atuação destes profissionais quando se voltam para o atendimento nos serviços de saúde mental, pois muitas vezes valem-se de ações individuais no paradigma doença-cura e voltados quase que exclusivamente para suas especificidades profissionais e com pouca preparação e disponibilidade para compartilhar seu trabalho com outros profissionais em equipe.

Deste modo, os questionamentos que problematizaram o tema desta pesquisa foram:

- Como opera o processo de trabalho, o fazer *entre* profissões no dispositivo equipe nas unidades básicas/centros de saúde nas práticas em saúde mental?

- Quais as produções do dispositivo equipe nestes serviços no tocante ao cuidado aos usuários, articulação dos profissionais e da construção de um rede de saúde mental em seu território?

- Qual a importância da articulação *entre* profissões no trabalho em equipe para o avanço e consolidação da Reforma Psiquiátrica na perspectiva da Atenção Psicossocial?

- Existiria um funcionamento *Psicossocial* de equipe no campo da Saúde Mental? Se sim, quais seriam suas características?

A partir disto e das motivações já apontadas, definimos como campo para esta pesquisa uma unidade básica de saúde, denominada de Centro de Saúde Mental (CSM) de um pequeno município da região de Bauru.

O objetivo geral desta pesquisa foi caracterizar e analisar o dispositivo equipe nos serviços da Atenção Básica à Saúde em suas ações de saúde mental e o funcionamento entre profissões como mecanismos fundamentais para a consolidação da Reforma Psiquiátrica na perspectiva da Atenção Psicossocial. Decorrentes deste, temos os seguintes objetivos específicos:

1) Sistematizar e ampliar teoricamente o debate sobre o processo de trabalho em equipe como estratégia central no campo da Reforma Psiquiátrica;

2) Identificar e analisar os modos de funcionamento do dispositivo equipe e seus efeitos no cuidado aos usuários; as dimensões de grupalidade e de acionamento/funcionamento *entre* profissões e as concepções de trabalho em equipe, de Reforma Psiquiátrica e de Atenção Psicossocial dos profissionais da equipe que acompanhamos.

O desenvolvimento deste trabalho, para tanto, foi organizado em duas partes:

1) Sistematização do debate sobre a constituição e operação do dispositivo equipe na Saúde Mental em duas perspectivas. A primeira trata de como emergiu historicamente o dispositivo equipe elegendo para tanto alguns momentos emblemáticos da Reforma Psiquiátrica e como teorizaram seus modos de funcionamento e que reflexões e práticas produziram, que são apresentadas no capítulo I. A segunda discorre sobre como se apresenta o debate atual sobre o processo de trabalho em equipe, mais especificamente nas suas inflexões multi/inter/trans e entre-disciplinares, utilizando as reflexões de profissionais e pesquisadores brasileiros dos campos da saúde e saúde mental, apresentado no capítulo II.

2) Realização de pesquisa-intervenção junto a equipe do CSM, que consistiu no acompanhamento do cotidiano das atividades realizadas naquele serviço e na realização de

quatro encontros com os profissionais a partir de temas surgidos neste processo. O percurso da pesquisa empírica e a análise dos dados produzidos são apresentados no capítulo III e IV.

Pelas razões apontadas – a complexidade do campo da Saúde Mental, as interações existentes entre as instituições de saúde e seus usuários, as diretrizes da Atenção Básica à Saúde e a Atenção Psicossocial no processo de construção e consolidação do trabalho em equipe e do funcionamento *entre* profissões – optamos por fundamentar nossa pesquisa no referencial da Análise Institucional e realizá-la como pesquisa-intervenção, além de utilizar as ferramentas conceituais sobre o dispositivo equipe que apresentaremos nos capítulos I e II.

Pretendemos, dessa forma, analisar e questionar a história, os objetivos, a estrutura, o funcionamento, os dispositivos e as práticas da equipe do CSM no contexto institucional em que está inserida, pois “[...] a instituição não é uma coisa observável, mas uma dinâmica contraditória, construindo-se **na** (e **em**) história, ou tempo” (LOURAU, 1993, p. 11, grifos do autor).

Cumpramos ressaltar que a pesquisa-intervenção surge do movimento da Análise Institucional Socioanalítica da França nas décadas de 1960 e 1970, visando interrogar os diversos sentidos cristalizados nas instituições e produzir outros sentidos. De acordo com Paulon, Romagnoli (2010), a pesquisa-intervenção não é uma técnica de pesquisa, mas uma posição do pesquisador ao longo do processo, ou seja, configura-se quando este sujeito pretende analisar a subjetividade por meio dos efeitos dos processos de subjetivação singulares, coletivos e em seu compromisso sócio-político com o que a pesquisa demanda de seu trabalho científico. Desse modo, o pesquisador se desloca de seu lugar de especialista e inclui-se na análise dos jogos de saber-poder, que compõem a realidade que observa, e na própria produção do conhecimento científico.

Esse tipo de pesquisa entende processos como processualidade, pois quando nos propomos a habitar um território para investigar processos de produção de subjetividade já preexistem vários outros em curso. Tal território possui uma espessura processual – pois sua atualidade é saturada de uma história anterior e, ao mesmo tempo, é transformada pela própria dinâmica de seus movimentos e linhas de fuga que vão se atualizando a todo momento (BARROS, KASTRUP, 2010).

Neste trabalho também nos pautamos no entendimento do grupal/grupalidade como campo de problemáticas, cuja compreensão pretende “oscilar permanentemente, num duplo movimento, investigando a especificidade do que em um grupo acontece e trabalhando – ao mesmo tempo – o entrelaçamento dessa especificidade em inscrições mais abrangentes” (FERNÁNDEZ, 2006, p. 172).

Tal compreensão pretende superar a antinomia indivíduo-sociedade e indivíduo-grupo, que entende esses elementos como pares de contrários, opostos e essencialmente diferentes, seja na análise do contexto grupal, seja na delimitação artificial do grupo como objeto de estudo. Essa antinomia termina por tomar este objeto como unidade isolada do contexto social. Já a concepção do grupo como campo de problemáticas considera que cada acontecimento grupal é atravessado por múltiplas inscrições e permite a análise do movimento grupal de forma mais abrangente, pois o analisa inscrito no espaço institucional.

De acordo com esses referenciais, não tivemos a pretensão de definir o que seria uma equipe ideal, mas de levantar pistas que instrumentalizassem o pesquisador e a equipe de profissionais a pensar como se constroem os conhecimentos, os discursos, as relações de poder e suas práticas neste contexto e que tipos de efeitos e ações produzem em suas visibilidades e invisibilidades (FERNÁNDEZ, 2006).

Em virtude disso, escolhemos como estratégias para esta pesquisa no CSM participar das suas atividades cotidianas: grupos, oficinas, reuniões de equipe, discussões de caso e conversas informais, ou seja, acompanhar processos e habitar um território existencial (BARROS; KASTRUP, 2010 e ALVAREZ; PASSOS, 2010). Empregamos esses instrumentos como dispositivos no sentido referido por Fernández (2008): artifícios que pretendem criar condições de possibilidade, que provoquem as latências grupais e institucionais e as coloquem em visibilidade e reflexão, principalmente no que diz respeito aos aspectos da construção do *entre* profissões e suas articulações com o processo de trabalho e a produção de cuidado ao sofrimento psíquico nesta equipe da Atenção Básica. Pois, como apresentamos, estes são aspectos fundamentais para as transformações pretendidas neste campo pela Reforma Psiquiátrica, de acordo com os pressupostos da Atenção Psicossocial.

CAPÍTULO I – A EMERGÊNCIA DO DISPOSITIVO EQUIPE

Ao longo deste trabalho utilizaremos o entendimento de equipe de saúde como dispositivo resultante de uma série de fatores articulados, em resposta tanto a forma de organização dos processos de trabalho da assistência como do modo de tratar do sofrimento psíquico, a partir das tensões entre singular-coletivo, das demandas sócio-históricas e das legitimações institucionais.

Neste capítulo apresentamos a emergência do dispositivo equipe em saúde mental. Para tanto, tomamos do processo de Reforma Psiquiátrica, as experiências da Psicoterapia Institucional em Saint-Alban e La Borde, a Comunidade Terapêutica Inglesa e a Psiquiátrica Democrática Italiana.

Ao invés de um percurso que pretende fazer sínteses teóricas sobre a equipe em saúde mental, utilizamos tais experiências para interrogar os problemas que tornaram possíveis, que interrogações formularam e como as responderam (FERNÁNDEZ, 2006).

Para isto, realizaremos um pequeno histórico dos saberes e práticas destes momentos da Reforma Psiquiátrica, buscando neles três dimensões: o processo de trabalho em equipe e suas demarcações disciplinares, as produções destas equipes para o entendimento e cuidado ao sofrimento psíquico e as relações destes serviços de assistência com seu território.

Com isto pretendemos trazer algumas pistas que nos auxiliassem na reflexão e críticas destes aspectos do dispositivo equipe em saúde mental no contexto brasileiro contemporâneo e também para as análises das produções do trabalho empírico desta pesquisa.

1.1) Dispositivo

Numa perspectiva institucionalista, utilizaremos o conceito de dispositivo definido por Deleuze (1989), Foucault (2013), Fernández (2008) e Barros (1997). Tal conceito, em seu aspecto filosófico, tem seu surgimento nos trabalhos de Deleuze e Guattari, principalmente em “O Anti-Édipo” e foi, a partir da década de 1970, utilizado e desenvolvido nos estudos de Foucault⁸ para as análises das relações de poder na sociedade. Tal noção será retomada por Deleuze (1989) em seu trabalho sobre Foucault no texto O que é um dispositivo?

⁸ No prefácio da versão norte-americana de o Anti-Édipo, Foucault (1993, p. 197) coloca que este livro “*Apoiando-se nas noções aparentemente abstratas de multiplicidade, de fluxos, de dispositivos e de ramificações, a análise da relação do desejo com a realidade e com a “máquina” capitalista traz respostas a questões concretas. Questões que se ocupam menos com o porquê das coisas do que com seu como. Como se introduz o desejo no pensamento, no discurso, na ação? Como o*

Do ponto de vista etimológico, dispositivo na língua francesa designa um conjunto de peças, mecanismos, conjunto de decisões, de providências para se chegar a um fim. Tem como sinônimo aparelho, máquina, agenciamento, arranjo, disposição, método, procedimento ou sistema (LE DICTIONNAIRE, 2015; SYNONYMES, 2015). Já na língua portuguesa (do latim *dispositus*), além dos sentidos supracitados, encontramos dispositivo como sendo aquilo que contém disposição, ordem, prescrição (FERREIRA, 2010).

Foucault (2013), a partir de seu trabalho História da Sexualidade, definiu dispositivo como uma rede que se compõe de um conjunto de elementos heterogêneos: discursos, instituições, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas, ou seja, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo.

Para Deleuze (1989), dispositivo é uma trama, um conjunto multilinear que não delimita sistemas homogêneos, como sujeito, objeto, indivíduo, sociedade, mas, em um processo dinâmico, essas linhas seguem várias direções, traçam processos por meio do desequilíbrio, afastando-se ou se aproximando umas das outras num eterno movimento. Em cada um desses movimentos estas linhas podem ser quebradas, ter sua direção alterada, criar rizomas⁹, ter derivações. Em tal conjunto, chamado de dispositivo, os objetos, os enunciados, as forças em ação e os sujeitos são como vetores ou tensores, provocando e sendo provocados pela ação de tais linhas.

Ainda com este autor, as principais linhas de um dispositivo, a partir de Foucault, são linhas de visibilidade, de enunciação, de força, de subjetivação. Deste modo, os dispositivos são “máquinas de fazer ver e de fazer falar”. Completa que as três grandes instâncias que Foucault distinguirá sucessivamente em seus trabalhos: Saber, Poder e Subjetividade, são analisados como dispositivos, ou seja, produtos da nossa sociedade e caracterizados pelas palavras, imagens, corpos, pensamentos e afetos de todo e qualquer indivíduo. Estas instâncias não têm contornos fixos e delimitados, mas são como uma corrente de variáveis em conflito umas com as outras.

Fernández (2008) complementa as linhas acima com as do desejo e de implicação, e aponta que estas se entrecruzam e mesclam e outras se distanciam em linhas de fuga, se

desejo pode e deve desdobrar suas forças na esfera do político e se intensificar no processo de reversão da ordem estabelecidas?”. (grifo nosso).

⁹ De acordo com Deleuze e Guattari (1995, p. 23) “[...] diferentemente das árvores ou de suas raízes, o rizoma conecta um ponto qualquer com outro ponto qualquer e cada um de seus traços não remete necessariamente a traços de mesma natureza; ele põe em jogo regimes de signos muito diferentes, inclusive estados de não-signos. O rizoma não se deixa reconduzir nem ao Uno nem ao múltiplo. [...] Ele não é feito de unidades, mas de dimensões, ou antes de direções movediças. Ele não tem começo nem fim, mas sempre um meio pelo qual ele cresce e transborda”.

dobrando, desdobram ou redobrando e com estes devires criam multiplicidade, uma lógica coletiva.

Desse modo, segundo Barros (1997) e Deleuze (1989) estas características acima trazem duas consequências, quando utilizamos a filosofia dos dispositivos. A primeira diz respeito à necessidade de se desfazer do universal, do invariável. Um exemplo é quando não se toma o conceito de grupo – ou outro conceito – como dispositivo. Ao se proceder assim, tenta-se buscar uma universalidade, uma invariância, uma abstração que possa trazer conhecimento sobre o objeto ou situação descolado dos movimentos que o produziram e dos efeitos causados no processo. A relação de produção de conhecimento, nesses casos, se dá pela submissão do objeto ao sujeito que irá conhecê-lo, ou seja, o objeto é um dado, um conteúdo a ser observado, explicado ou compreendido, apartado do sujeito que o conhecerá. Produz-se, desse modo, uma premência do sujeito sobre o objeto e será sempre o que está fora da relação entre os seres que lhes dará significado, algo transcendente a eles. Afirma-se, assim, que essa lógica de conhecimento é molar porque toma os objetos em seu estado já constituído, acabado e invariável.

Por outro lado, a segunda consequência da filosofia dos dispositivos é que provoca mudanças de orientação, de desvio do imutável para apreender o novo. Por isso, é feito um acompanhamento das linhas traçadas, dos pontos de ruptura e de sedimentação e uma análise dos seus cruzamentos simultâneos. Ou seja, um desembaraçamento destas linhas, uma cartografia. Dessa tensão das linhas que compõem e transbordam os dispositivos que o novo pode trazer não há busca nem sentidos a ser revelados, mas a ser criados, pois é transformando que se conhece algo. Observa-se assim que a definição de um dispositivo se dá pela novidade e criatividade que confere capacidade de se transformar, ou de cindir, para gerar um outro dispositivo ou de enrijecer-se, tornando suas linhas ainda mais duras e sólidas (BARROS, 1997; DELEUZE, 1989).

Iremos tomar, neste trabalho, a equipe como dispositivo, como uma construção institucional produzida histórica e socialmente no qual diversos fluxos se cruzam, produzem e se atualizam. Os protagonistas desta produção foram os próprios profissionais de saúde e saúde mental, que as construíram e constroem em um processo dinâmico e como resposta as demandas de cuidado ao sofrimento psíquico dos usuários e também da produção de si mesmo como trabalhadores.

1.2) Dispositivo Equipe e a Saúde Mental

A divisão do trabalho na área da Saúde foi consequência, principalmente, da especialização crescente dos vários saberes que compunham tal área, assim como foi consequência da criação de outros então inexistentes na tentativa de se ter maiores recursos teórico-técnicos para abarcar sua complexidade.

Com isso, a partir do século XIX, o local para o exercício adequado das ações de saúde e da relação médico-paciente passa a ser o hospital moderno. Até o século XVIII, os hospitais eram locais de remoção de todo tipo de desocupados, vagabundos e moribundos onde o médico era presença infrequente. Diferente das antigas hospedarias, o hospital moderno é uma instituição complexa com a necessidade de vários trabalhos e trabalhadores associados, configurando-se uma extensão do médico e um trabalho coletivo. Vale ressaltar que ao mesmo tempo em que o trabalho médico foi se dividindo internamente (verticalmente) também passou a se dividir horizontalmente: ocorreu a constituição de profissionais médicos especializados em partes dos processos de diagnósticos e terapêuticos e a chegada de outros profissionais de áreas de atuação complementares, como fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais (MENDES-GONÇALVES, 1994).

A partir do fim da Segunda Guerra Mundial e de suas consequências socioeconômicas, iniciou-se o questionamento da hegemonia da Psiquiatria no cuidado ao sofrimento psíquico, principalmente pela falta de resultados efetivos que apresentava. Isso fez surgir a necessidade da constituição de equipes de atendimento à Saúde Mental – mas, em seu início, nos moldes da multiprofissionalidade. Com o então processo da Reforma Psiquiátrica, passou-se também a questionar a organização multiprofissional das equipes, pois fazia com que a fragmentação dos saberes e das práticas continuassem a existir na área da Saúde Mental.

Na história da Reforma Psiquiátrica, a Psicoterapia Institucional da França, a Comunidade Terapêutica da Inglaterra e a Psiquiatria Democrática na Itália foram os movimentos que mais críticas e práticas produziram sobre o processo de trabalho em equipe, suas articulações com a assistência aos pacientes e sobre as relações entre campos disciplinares e instituições, tanto nos hospitais psiquiátricos como nos serviços de saúde mental.

Iremos abordar estes momentos da Reforma Psiquiátrica, como já referimos, com o principal intuito de destacar as tensões e necessidades que levaram a criação e operação das equipes nestes contextos e suas principais produções no entendimento ao sofrimento psíquico

e as relações dos processos de trabalho, o cuidado aos pacientes e o contexto social no qual estavam inseridos.

Para caracterizar as equipes nestes momentos, que apresentam pontos em comum, mas também diversos e são oriundos de contextos micro e macrosociais distintos, iniciaremos abordando brevemente o contexto em que surgiram e em seguida como articulavam a produção do cuidado e os processos de trabalho.

De acordo com Desviat (2008), as consequências sociopolíticas do pós-Segunda Guerra Mundial – primordialmente na Europa e na América do Norte – foram os elementos propulsores dos movimentos da Reforma Psiquiátrica surgidos a partir de então. Em tais movimentos, o autor destaca a vontade coletiva de se criar uma sociedade mais livre, igualitária e solidária, a descoberta dos medicamentos psicotrópicos e a adoção da Psicanálise e da Saúde Pública nos hospitais psiquiátricos. As características sociopolíticas próprias de cada país no tocante ao seu sistema sanitário, com o papel outorgado ao manicômio, diferenciaram esses movimentos na Reforma Psiquiátrica.

O panorama social após a Segunda Guerra – principalmente na Europa – foi um fator que levou a um aumento do número de pessoas que necessitavam de atendimento em Psiquiatria, seja para os soldados envolvidos nos conflitos, seja para as vítimas da Guerra. Por outro lado, isso também implicou na falta de psiquiatras e enfermeiros para realizar o atendimento, pois muitos desses profissionais morreram naquele conflito. Houve então a necessidade dos hospitais psiquiátricos realizarem mais atendimentos contando com menos profissionais.

Além disso, segundo Clark (1973), a Segunda Guerra retirou os psiquiatras do mundo fechado dos hospitais e os entregou à agitação dos campos de recrutamento, dos hospitais de campanha, das unidades de combate e da conscientização do grande poder dos fatores sociais sobre os pensamentos e sentimentos dos indivíduos. Por fim, outro fator foi que, em função da Guerra, muitos profissionais da saúde trabalharam em campos de concentração, em prisões ou ficaram confinados neles, o que lhes possibilitou ver a privação da liberdade pelo lado de dentro e suas consequências aos indivíduos e aos grupos.

Soma-se a isto, como contexto da daquele período, as revoltas operárias que se iniciaram no século XIX e se intensificaram no século XX; as revoluções comunistas na Rússia (1917), China (1945) e Cuba (1959); a crise do colonialismo que levou as revoltas nacionalistas a partir de 1935, como na Índia, Tunísia, Argélia, Marrocos e Indonésia (HOBSBAWM, 1995). Deste modo, estes movimentos também trouxeram questões

importantes para todo mundo e principalmente para a Europa sobre liberdade, autoritarismo, exploração, autonomia e direitos civis.

1.3) A Psicoterapia Institucional na França

Como iniciaremos por tal movimento, abordaremos o panorama social da França na época e seu processo de Reforma Psiquiátrica de forma sucinta, pois não é nosso objetivo o aprofundamento nesta questão¹⁰.

No panorama social da França durante e após a Segunda Guerra Mundial havia algumas peculiaridades, além das já citadas que existiam em outros países da Europa. A França foi o nascedouro do modelo asilar, repressivo-tutelar e assistencial na Psiquiatria com intuito de garantir uma proteção especial aos doentes mentais. Esse modelo foi iniciado por Pinel e Esquirol no século XIX, perdurou por mais de um século e influenciou toda a Psiquiatria na Europa e nas Américas (PASSOS, 2009).

Esta autora coloca que nas primeiras décadas do século XX, duas estratégias concorrentes operaram, em conjunto, uma medicalização do hospital psiquiátrico na França. Uma estratégia era o uso de técnicas médico-científicas, como a eletroconvulsoterapia, choque insulínico e psicocirurgia. Outra era a Psiquiatria Dinâmica baseada na Fenomenologia e nos ensinamentos de Freud, o qual entendia que o paciente deveria ter uma participação ativa em seu tratamento.

A Segunda Guerra produziu um efeito paradoxal na França. De um lado havia uma redução dramática do contingente de internados por fome ou doenças, ou o não internamento daqueles que necessitavam. De outro, líderes dos futuros movimentos da Psicoterapia Institucional e da Psiquiatria de Setor criaram em diversos hospitais grupos de resistência, os quais reuniram médicos, pacientes e trabalhadores num esforço comum de sobrevivência à penúria da Guerra e do pós-guerra. Mas, apesar disso, foi somente em meados das décadas de 1950 e 1960 que as práticas na maioria dos hospitais psiquiátricos franceses passam de fato a ser alteradas e humanizadas (PASSOS, 2009).

Continuando com esta autora, aponta que Psicoterapia Institucional foi assim definida pela primeira vez por Daumezon e Koechlin em artigo publicado em 1952 nos Anais

¹⁰ Para uma leitura mais específica desse processo, principalmente a respeito da construção e do funcionamento da Psiquiatria de Setor, Psicoterapia Institucional em La Borde e da Psiquiatria Democrática Italiana e as semelhanças, diferenças e tensões entre esses movimentos, sugerimos os trabalhos de Izabel Passos (2009) e Denise Barros (1994).

Portugueses de Psiquiatria. Esses intelectuais reuniram, sob uma mesma denominação, práticas que pretendiam não só cuidar dos pacientes dos hospitais psiquiátricos, como também da própria instituição hospital, e que estavam sendo desenvolvidas em Paris e em outras cidades francesas. Todas essas foram de algum modo inspiradas na experiência pioneira de François Tosquelles – em Saint-Alban – que, por sua vez, sofreu grande influência das conduzidas por Jean Oury em La Borde.

Trataremos, portanto, dessas duas experiências da Psicoterapia Institucional por serem as de maior importância no movimento e por influenciarem decisivamente as práticas e concepções do processo de Reforma Psiquiátrica no mundo.

- Saint-Alban – Tratar no Coletivo pela Diferença e Multiplicidade

François Tosquelles (1912-1994) psiquiatra catalão e militante marxista, ao escapar da perseguição do regime fascista, emigra para a França nos primeiros anos da Segunda Guerra. Lá consegue trabalho num campo de concentração nazista implantado em território francês. Conforme ele mesmo relata, em entrevista a Gallio e Constantino (1993), exerceu naquele local dupla função: a de psiquiatra e a de facilitador de fugas. Tosquelles permaneceu no campo de concentração francês por cerca de um ano e, em 1941, foi convidado a trabalhar no hospital psiquiátrico da cidade de Saint-Alban-sur-Limagnole, na região de Lozère, sul da França.

Nesse hospital, o psiquiatra catalão e outros psiquiatras franceses – tais como André Chaurand, Lucien Bonnafé e Roger Gentis – criaram um grupo que pretendia reelaborar as bases teóricas e práticas da psiquiatria francesa. As principais inspirações do início desse movimento foram a Terapêutica Ativa, do alemão Herman Simon, diretor de hospitais psiquiátricos na Alemanha. As principais ideias de Simon eram considerar o hospital como um organismo doente que precisava de tratamento, buscar na responsabilização do paciente e dos trabalhadores a transformação desse ambiente desfavorável e lutar contra o isolamento e a inatividade que existiam nesses locais (PASSOS, 2009). A tais princípios temos aliadas as influências do marxismo, da autogestão e do cooperativismo que Tosquelles trouxe de suas vivências como psiquiatra e militante político na Espanha.

A partir de 1942, a troca da direção de Saint-Alban – de Paul Balvet para Lucien Bonnafé – possibilitou mudanças mais profundas no hospital, que se tornou um centro irradiador de ideias críticas e práticas inovadoras em relação à instituição e ao tratamento

psiquiátrico. Também em virtude da ocupação nazista, passou a acolher pessoas que fugiam em massa dos campos, ficando o hospital “povoado de loucos e de estrangeiros” (GALLIO e CONSTANTINO, 1993, p. 105) entre os quais estavam muitos pensadores e artistas importantes perseguidos pelo nazismo, como Georges Canguilhem, o poeta Paul Éluard e o artista Tristan Tzara. Além disso, vários intelectuais da resistência francesa também tinham fortes ligações com o hospital e o utilizavam para encontros e reuniões, influenciando e sendo influenciados por todos os movimentos e práticas que ali ocorriam.

Segundo Tosquelles, Saint-Alban já era um lugar aberto antes de sua chegada pelo qual os camponeses passavam, quando iam à feira. Desse modo, os pacientes vendiam aos camponeses os trabalhos que faziam e a relação do hospital com a vizinhança era muito próxima. Temos, assim, algumas das características marcantes e particulares de Saint-Alban: já era atravessado pela comunidade local cujas trocas e permeabilidade foram ainda mais potencializadas com a Psicoterapia Institucional, como a convivência, a opção de trabalho, abrigo e a subsistência. Para produzir cura-socialização, o hospital deveria ser permeável e atravessado pelo território em que estava inserido. Como ele era um serviço de saúde pública, era uma importante referência para a comunidade principalmente ao se considerar o contexto da Guerra que assolava o país.

Esse ponto traz uma chave crucial para nosso entendimento de como se constituía/operava o dispositivo equipe em Saint-Alban: a necessidade de ter – ou criar – permeabilidade em relação ao espaço social em que estava. Deste modo, permitir atravessar e ser atravessado por este contexto, fazendo pontes dentro e fora do serviço de saúde, além promover socialização e ressocialização e produzir mudanças no imaginário coletivo sobre a doença mental. A equipe, portanto, não devia ser uma barreira que evitava maior contato dos usuários com o ambiente social para além do serviço de saúde.

Tosquelles afirmou que suas experiências na Psiquiatria e nas guerras na Espanha lhe trouxeram a convicção de como a ajuda e a participação de pessoas comuns, como padres, camponeses e artesãos possibilitava em pouco tempo criar bons serviços psiquiátricos. Ele mencionou também que somente essas pessoas tinham uma posição ingênua perante os doentes mentais, ao contrário dos profissionais que, na época, passavam por uma deformação profissional e preferia trabalhar com os indivíduos que tinham a capacidade natural de estar com os outros. Além disso, Tosquelles acreditava que o mais importante numa equipe de atendimento não era a inteligência ou a formação profissional, mas a capacidade “de saber viver, mudar, poder fazer trocas, comércio com os outros” (GALLIO e CONSTANTINO, 1993, p.100).

Assim, a participação coletiva no hospital levou também várias pessoas da comunidade, sem formação específica em Psiquiatria ou Saúde Mental, a trabalharem no atendimento aos internos. Isso foi uma grande transformação no contexto da época, pois até então os que trabalhavam em hospitais psiquiátricos tinham uma função técnica que definia sua prática. Existiam os guardas/vigias para evitar fugas, brigas, aplicar disciplina e manter a ordem; as religiosas/enfermeiras para aplicar remédios, medidas terapêuticas, alimentar os pacientes e cuidar deles e o médico-psiquiatra para diagnosticar, planejar o tratamento e organizar todos os processos de trabalho e da administração do hospital. Não havia espaço para “leigos” e as práticas especializadas eram bem delimitadas.

Nesse contexto, temos outra disposição daquela equipe: a saúde mental era compreendida como um campo de saber interdisciplinar, complexo cujas práticas diversas iam além das disciplinas e das especialidades. Para a socialização, o cuidado e a produção de subjetividade não eram necessários somente profissionais especializados, mas também contar, igualmente, com qualquer indivíduo que tivesse a habilidade de saber e ensinar a conviver, interagir e produzir sentido a partir da experiência-sofrimento de cada paciente.

De acordo com Fleming (1976), o entendimento dos precursores da Psicoterapia Institucional para a transformação do hospital psiquiátrico em uma instituição de cura decorria de sua transformação interna. Tal lugar teria que se tornar dinamicamente mais vivo, maleável e em constante modificação, para que pudesse responder de forma terapêutica às diversas situações e conflitos que surgissem em seu interior, não recorrendo a estratégias carcerárias e repressivas. Nessa perspectiva, a cura não poderia ser alcançada de modo individual, mas somente num contexto coletivo no qual não existissem definições de papéis a desempenhar, nem funções a executar sempre da mesma maneira nem regulamentos e horários impostos. Havia um permanente questionamento das práticas, rotinas e funções por todos na instituição.

Conforme Ledoux (2005), outra contribuição fundamental para o questionamento e a transformação do espaço institucional em Saint-Alban adveio do Psicodrama de Moreno, o qual trouxe à luz um campo de interações entre a psicoterapia individual ou grupal e o conjunto da instituição. Em outras palavras, há uma ligação entre a instituição e a atitude psicoterapêutica – a ação terapêutica na instituição deveria se dirigir aos grupos tanto em sua dimensão material como institucional. Ledoux acrescenta ainda que a utilização da Terapêutica Ativa de Simon e a técnica do emprego do tempo de Klapman foram muito importantes em Saint-Alban por possibilitarem a integração na vida cotidiana das pessoas psicóticas que não conseguiam participar das psicoterapias de grupo oferecidas até então.

Nas palavras do próprio Tosquelles, Saint-Alban teve sucesso em seus tratamentos por acomodar e possibilitar a convivência de diferentes sujeitos: intelectuais, refugiados, camponeses, artistas, pacientes, todos católicos ou protestantes de diversas regiões. Havia tensão e conflitos permanentes que curavam, pois é na convivência com a diferença que isso se produz (GALLIO e CONSTANTINO, 1993).

Eis então mais uma disposição da equipe nesse contexto. Não se buscava nas práticas e no cotidiano a homogeneização que produzia alienação, isolamento, normalização, serialidade que estavam ligados ao processo doença-cura, mas se exercia um cuidado que buscava permanentemente a múltiplos sentidos, interações, fluxos e transformações – a diferença produz cura e subjetividades. A equipe, portanto, devia buscar e produzir esses fluxos, além de potencializar os existentes para dar sentido à experiência-sofrimento.

Desse modo, Passos (2009) afirma que as atividades que eram desenvolvidas em Saint-Alban não eram pseudoprodutivas ou orientadas somente pelas rotinas internas do hospital, mas eram, em sua maioria, vinculadas a possibilidades de rendimento e intercâmbio com o espaço em torno da instituição: fábricas, empresas e atividades agrícolas da região. Isso propiciava uma intensa troca entre os pacientes e os habitantes, multiplicando os espaços de convivência e, também, proporcionava um grande incentivo para que a população criasse cooperativas de trabalho. Nesse sentido, as alterações e as transformações foram muito além do espaço intrainstitucional e esta equipe produziu possibilidade de descentramento dos usuários da além da própria equipe e do hospital, na direção da vila, da cidade e do social.

No processo de transformação do hospital Saint-Alban em um espaço de cura, foi fundamental a crítica à função tradicional do médico no ápice da hierarquia. Isso produzia, sem questionamento, uma série de relações autoritárias entre médicos, enfermeiros e pacientes e impedia o aparecimento de um vínculo terapêutico. Para combater tal forma de organização, uma das estratégias foi a criação de clubes terapêuticos intra-hospitalares, autônomos e geridos pelos próprios internos, com o intuito de alterar as relações de poder e de autoridade no hospital. Outra estratégia foi a redução de distribuição das funções ao mínimo e se tentava fazer com que as estruturas do Coletivo¹¹ estivessem à disposição de todos, não somente dos profissionais, e que todos as utilizassem livremente (FLEMING, 1976).

¹¹ Na perspectiva de Oury, pode ser entendido como o que abarca uma variedade de fatores, elementos e referenciais dos mais diversificados. No contexto de um serviço de saúde, tudo o que se faz presente, seja naquele local, seja no contexto em que está inserido e que está relacionado ao tratamento, à organização, ao estabelecimento, ao Estado, aos diferentes grupos e instituições internas ou externas. Para produzir cuidado, o equipamento de saúde deve se constituir nesse Coletivo, que possa servir de morada e garantir a heterogeneidade das pessoas e grupos e possibilite a diversidade de espaços para encontros, circulação e cuidados (MOURA, 2003).

Por isso, as mais importantes produções em Saint-Alban para os processos de trabalho em saúde mental e ao cuidado ao sofrimento psíquico podem ser sintetizados pelo subtítulo que empregamos – tratar no Coletivo pela diferença e multiplicidade. Isso que dizer que, antes de se alterar as práticas terapêuticas do hospital, devia-se promover alteração das relações de poder e de hierarquias – na direção da autogestão, do cooperativismo, da liberdade e da participação – através de/como consequência da abertura, permeabilidade, atravessamento do território no qual estava. Deste modo, criar pontes dentro e fora da instituição, utilizando práticas terapêuticas não tradicionais que eram coordenadas por profissionais, leigos ou pelos próprios internos. Haveria, portanto, várias formas de cuidado, interação e organização das práticas e rotinas de maneira dinâmica – de acordo com as necessidades dos internos e do Coletivo da instituição – a fim de produzir socialização e subjetividades, muitas vezes para além do que podia oferecer o hospital e seus profissionais. Sendo necessários que não somente houvesse ligações da equipe com o território no qual estava inserido o hospital, mas uma responsabilidade compartilhada desta equipe e da comunidade pela ressocialização das pessoas com sofrimento psíquico.

Estas práticas de Saint-Alban ficaram restritas a um espaço temporal entre 1941 e 1954 aproximadamente. A partir daí, segundo Tosquelles (GALLIO e CONSTANTINO, 1993), houve uma reocupação da administração dos hospitais pela psiquiatria clássica e o início da organização da saúde pública por setores¹².

Cumpramos ressaltar que na década de 1960 a saúde mental na França passou a ser orientada de acordo com os pressupostos da Psiquiatria de Setor e os hospitais, inclusive Saint-Alban, passaram a funcionar nessa perspectiva. Atualmente, Saint-Alban é denominado *Centre Hospitalier François Tosquelles* e oferece serviços de psiquiatria para adultos e para crianças com internação hospitalar completa, Hospital-Dia e centros médicos-psicológicos para essas clientelas (CENTRE HOSPITALIER FRANÇOIS TOSQUELLES, 2014).

Grande parte dos ideais da Psicoterapia Institucional de Saint-Alban continuou em La Borde, mas com transformações e outras contribuições, conforme trataremos a seguir.

¹² A principal ideia era que uma equipe única e multiprofissional teria a responsabilidade por uma área populacional de uma região geográfica determinada. Esta disporia de um sistema completo de estruturas de complexidade diversa (centros de saúde, ambulatórios, hospitais) para a prevenção e o tratamento da população e no qual esta mesma equipe atuaria (PASSOS, 2009).

- La Borde – A Transversalidade no Coletivo

A Clínica La Borde foi criada em 1953 por Jean Oury (1924-2014), psiquiatra e psicanalista francês, e funcionou sob sua direção até sua morte. É localizada acerca de duzentos quilômetros de Paris, na pequena cidade de Cour-Cheverny, no Vale do Loire. Funciona como uma clínica particular e é um *château* localizado no interior de um parque sem muros e totalmente aberta ao exterior.

La Borde compartilhava os princípios gerais da Psicoterapia Institucional de Tosquelles em Saint-Alban: transformar o hospital em uma instituição de cura que fosse um espaço coletivo de liberdade, onde houvesse a não diferenciação entre aquele que trata e aquele que é tratado e questionar permanentemente a instituição, bem como suas rotinas e hierarquias. A Clínica também foi, logo em seu início, local de passagem e esconderijo para militantes clandestinos, principalmente os que lutavam pela libertação da Argélia.

Oury, no entanto, estava mais próximo dos referenciais psicanalíticos, os menos ortodoxos da época, já que frequentava os seminários de Lacan, e convidou Felix Guattari para que trabalhassem juntos em La Borde. Segundo Guattari (2006), o principal objetivo da Clínica era manter, em torno do tratamento da psicose, uma vida coletiva através de uma instituição preparada para isso. Somente assim a doença poderia mostrar sua verdadeira face: não da estranheza, da violência ou do isolamento, mas a de modos diferentes de relação com o mundo.

Nesse contexto, a Psicoterapia Institucional era entendida como um conjunto de mediações (*ateliers*, reuniões, atividades, grupos, atividades de gestão) cuja combinação produziria efeitos psicoterápicos. Tais mediações construiriam uma rede significativa ou campo transferencial, delegando à instituição o papel de sujeito analisante. Assim, o intuito era criar um Coletivo que estivesse preparado para usar desde as terapias biológicas e analíticas até a neutralização dos sistemas alienantes socioeconômicos, a fim de que o psicótico alcançasse um campo no qual pudesse ser escutado, além de referenciar e redelimitar o seu corpo. Nesse encontro do Coletivo com o sujeito psicótico é que iriam surgir os efeitos de sentido, equivalentes ao ato psicanalítico. (FLEMING, 1976).

Outra construção importante de La Borde foi a utilização da ambiência. Segundo Moura (2003) pode ser entendida como sinônimo de atmosfera, clima e que tenta traduzir o que se passa no nível dos encontros, aqui tomados não como fatos quaisquer, mas os acontecimentos singulares e inesperados na relação com os outros e nos quais emergem sentimentos vitais. Assim havia um movimento constante de construir esta ambiência: buscar

condições materiais e humanas para que algo acontecesse, que possibilitasse encontros e uma maior qualidade das relações entre os participantes e com a instituição e que múltiplas transferências fossem possíveis.

Tanto para a construção do Coletivo como para a ambiência, segundo Fleming (1976), era necessária uma estrutura institucional muito plástica, sempre pronta para se reestruturar à necessidade dos grupos ou indivíduos, criando, por exemplo, novas mediações que restabelecem trocas. Tais mediações seriam como uma teia, da qual os discursos da instituição eram apanhados e analisados para que não ficassem bloqueados no imaginário. Para ser criados os campos transferenciais, eram necessárias algumas condições: liberdade de circulação, locais estruturados concretos (*ateliers* e serviços), contratos facilmente reversíveis de entrada e saída e um acolhimento permanente com referenciais simbólicos e mediações.

Ainda de acordo com a autora, La Borde não contava com nenhum regulamento interno, exceto com uma única restrição: a do relacionamento sexual. Não existiam horários nem funções fixas, mas rotação cotidiana das tarefas. Pretendia-se que a divisão das tarefas, a rotação das funções e a ausência de um organograma hierarquizado colocassem constantemente em análise a própria instituição, evitassem a estagnação institucional e criassem campos transferenciais coletivos.

De acordo com essas necessidades – complexidade das atividades da Clínica e integração de todos os seus profissionais –, segundo Guattari (2006), foi criada a Grade. Ela era um quadro com entrada dupla para o tempo e para as tarefas que eram colocadas em rodízio e era utilizada para tornar compatíveis as atividades de tratamento, as atividades recreativas e as da vida cotidiana. Para sua operacionalização, os monitores realizam reunião diária com os pensionistas para montá-la, discutir sobre ela e integrar as atividades no Coletivo. Era uma discussão permanente pela qual responsabilidades podiam ser tomadas por todos em relação a si mesmo e aos outros – um antídoto para a rotina burocrática e passiva das hierarquizações institucionais. Assim, desejava-se propiciar atividades que favorecessem responsabilidade coletiva baseada numa ressingularização da relação com o trabalho e com a própria existência pessoal.

Conforme elucidada Moura (2003), o propósito da Grade era realizar um processo de desidentificação e desespecialização e foi uma das inspirações para o conceito de transversalidade¹³. A Grade considerava as habilidades e a singularidade de cada um

¹³ Conceito criado por Guattari (2004) para substituir o da transferência institucional. A transversalidade pretende superar os impasses institucionais de uma verticalidade pura nas relações de poder instituídas nos organogramas e na horizontalidade: as relações entre os “iguais”, os modos de arranjos criados de acordo com as situações e as pessoas que estavam mais próximas delas. Por isso, a transversalidade é o atravessamento desses impasses, com o intuito de propiciar uma comunicação máxima

(pensionistas e não-pensionistas), a participação e discussão de outros espaços institucionais - não somente daqueles a cujo papel institucional-atividade ela se ligava -, promovia diferentes encontros e produzia distintos tipos de relações consigo e com os outros. Esse processo era uma das estratégias para ampliação do coeficiente de transversalidade da instituição, pois abria espaços para a vivência da multiplicidade e da experiência individual com o coletivo.

Temos, assim, um dos pontos mais importantes para entender as produções da equipe em La Borde: transversalizar a instituição, usando a Grade como principal instrumento. Pretendia-se, dessa maneira, criar brechas, linhas de fuga para produzir subjetividades individuais e coletivas. De certo modo seguiu os ideais que Tosquelles utilizou em Saint-Alban – um deles é que a convivência com a diferença promoveria “cura” –, mas a transversalidade produzida pela da Grade em La Borde foi mais longe. Era uma máquina de produzir diferença, multiplicidade, novas possibilidades e, ao mesmo tempo, de analisar os efeitos resultantes. Isso gerava o questionamento permanente das estruturas, das hierarquias, das relações de poder e de todos com o Coletivo e de uns para com os outros.

Ainda sobre como se organizava o cotidiano em La Borde, os pensionistas eram agrupados por afinidades e patologias em unidades de acolhimento, compostas por dez pensionistas e dois ou três monitores – as chamadas *Unités Thérapeutiques de Base* (UTB). Elas possuíam certa autonomia, poder de decisão e discutiam as terapias que seriam utilizadas para cada pensionista, suas responsabilidades, saídas e contato com as famílias. Tais unidades funcionavam como uma família artificial e sua maior originalidade era a abolição da diferença entre quem cuidava e quem era cuidado, de modo que as instâncias exteriores não se dirigiam às pessoas normais e sadias, mas ao conjunto da UTB com grupo-sujeito (GUATTARI, 1971).

Segundo Fleming (1976), uma segunda instância de organização da Clínica era o *Bureau Central Médical* (BCM) que, formado pelos monitores, tinha a principal função de coordenar as decisões terapêuticas e convocar os médicos e as famílias dos pensionistas. Além disso, sempre estava pronto para dar respostas imediatas, como medicações e eletrochoques, a quem solicitasse. Por fim, uma terceira instância era a *Commission Paritaire Centrale* (CPC), formada por igual número de monitores e pensionistas que tinha a principal

entre os diversos segmentos institucionais em diferentes sentidos. Somente um grande nível de transversalidade dá condições a um processo analítico que possibilita às pessoas se servirem do grupo como um espelho – podendo refletir e revelar ao mesmo tempo o grupo e a si mesmas. A transversalidade é o lugar do sujeito inconsciente do grupo e o suporte para o seu desejo.

função administrativa de responsabilizar-se pela composição dos horários e resolver conflitos internos.

Todas essas instâncias, em particular a CPC, se articulavam com as estruturas do Clube Terapêutico – gerido somente por pensionistas – e que tinham autonomia total. Desse modo, conjugavam-se dialeticamente três elementos: reunião, grupo e clube, que eram os pilares essenciais da prática institucional em La Borde. Além dessas estruturas de base, existiam ainda os *ateliers* de terapia ocupacional, hortas, costura, fotografia, olaria, dança, cavalariça e vários outros que também eram administrados pelos pensionistas.

A fim de manter ligações com o meio externo e evitar separações com o que acontecia fora de La Borde, a clínica tinha contato com outros grupos que lutavam por causas sociais, tais como o *Mouvement pour La Libération de l'avortement et la Contraception* (MLAC), o *Mouvement de Libération des Femmes* (MLF) e o jornal dos pensionistas e ex-pensionistas *Cahiers pour la Folie* (FLEMING, 1976).

Podemos encontrar muitas semelhanças entre as transformações institucionais que foram realizadas em La Borde e em Saint-Alban: nas relações de poder, os processos de trabalho e o questionamento das relações autoritárias e autocráticas entre profissionais e internos dos hospitais psiquiátricos. Apesar disso, os objetivos e finalidades do tratamento e a relação que exerciam com a comunidade que os circundavam eram distintos, conforme apontamos.

As mais importantes contribuições do funcionamento em equipe em La Borde - no cuidado ao sofrimento psíquico e aos processos de trabalho - foram suas práticas de transversalizar a instituição com a Grade, como já expomos. Também que o serviço de saúde de fato seja em sua totalidade um espaço terapêutico, ou seja, todas as pessoas e atividades envolvidas devem acolher e escutar concreta e simbolicamente os internos. Daí a importância das relações dos indivíduos com a instituição e entre os indivíduos, nas dimensões inconscientes, simbólicas e fantasmáticas serem levadas em consideração neste cotidiano.

Para tanto, o fio condutor que utilizaram em La Borde foi a Psicanálise, cuja apropriação de seus conhecimentos por uma parte dos profissionais e internos era necessária. Nesse sentido, podemos entender que as interferências, os atritos, conflitos e utilização das práticas psicoterápicas aos internos utilizando/produzindo o espaço do hospital psiquiátrico, acabaram gerando um novo campo interdisciplinar: o da prática psicanalítica por meio do coletivo institucional.

Isso também mostrou a importância de que toda a instituição devia ter plasticidade, flexibilidade e reatividade às necessidades de cada interno e de seu tratamento. Assim, todas

as suas atividades, práticas e cuidados deveriam ser direcionados a essa finalidade e não o indivíduo ter de se moldar à estrutura institucional/terapêutica existente, como era até então. Ou seja, tanto os profissionais como os pensionistas ao invés de serem grupos sujeitados passassem a funcionar como grupos sujeitos¹⁴.

1.4) A Comunidade Terapêutica Inglesa

Schittar (1985) sustenta que as razões para o surgimento dos métodos socioterapêuticos, como as Comunidades Terapêuticas, foram em sua maioria políticas. No caso da Inglaterra, durante a Guerra e no pós-guerra, houve várias mudanças nas estruturas político-culturais devido ao fato de a sociedade ter assumido responsabilidades sociais antes ignoradas. A participação dos partidos trabalhistas no governo, naquela época, levou à aprovação de importantes medidas de segurança social, como a organização do *National Health Service*¹⁵ e leis como o *Mental Health Act*. Esses aparatos legais mudaram a atitude da sociedade em relação ao doente mental, que, pela primeira vez, tinha a possibilidade de ser inserido em um programa de reabilitação exterior ao hospital e para além da situação de exclusão social causada por tal ambiente.

O grande impulso para isto foi a criação em 1959 do *Mental Health Act*, de acordo com Desviat (2008), o qual determinou que os doentes mentais fossem tratados do mesmo modo dos outros doentes e distinguiu os tratamentos hospitalares das outras formas de tratamento, assim como dos serviços sociais, que poderiam ser oferecidos para que os pacientes permanecessem internados ou, ainda, pudessem receber alta em prazos mais curtos do que antes. Isso também fez com que o Ministério da Saúde estimulasse a criação de unidades psiquiátricas em hospitais gerais e hospitais-dia, bem como incentivou os hospitais psiquiátricos a cada vez mais funcionar nos moldes dos hospitais gerais.

Na prática, nesse período, a Psiquiatria e a Medicina se uniram em prol da assistência à saúde pública, e passou-se a não haver mais diferença entre pacientes psiquiátricos e aqueles

¹⁴ Grupo sujeito – aquele que na instituição aquele que se mobiliza para ter o controle de suas ações e dos meios para esta realização, cria meios para ser ouvinte e ser ouvido e também para expandir seus interesses para além de si mesmo.

Grupo sujeitado – sofre consequência da hierarquização na instituição em relação aos outros grupos, sendo que no máximo suas causas são ouvidas nela. Funciona assim com uma subjetividade alienada e com perda de sua alteridade social. (GUATTARI, 20014).

¹⁵ O *National Health Service* surgiu na Grã-Bretanha em 1948 e o sistema era baseado na cobertura universal dos cuidados de saúde de população e nos princípios de equidade e integralidade, com as exceções do tratamento dentário, oftalmológico e dispensação de medicamentos. Era centrado na figura do clínico geral – o médico da família, que realizava o atendimento numa perspectiva de atenção primária à saúde e era responsável por determinado número de famílias de uma localidade (TANAKA e OLIVEIRA, 2007).

com outras doenças, principalmente no que dizia respeito aos direitos sociais e à assistência à saúde e levou a uma ampliação dos tipos de serviços de atendimento aos transtornos mentais (BASAGLIA, 1979).

Conforme Clark (1973), a primeira experiência organizada de atendimento nos moldes de uma Comunidade Terapêutica foi em 1920, quando Harry Stack Sullivan criou uma unidade de tratamento, que chamou de tratamento psicanalítico modificado para esquizofrênicos no Hospital Sheppard e Enoch Pratt de Maryland – Estados Unidos da América. Essa unidade possuía seis pacientes e uma equipe de seis auxiliares que Sullivan orientava pessoalmente.

Em meados da década de 1930, os tratamentos em Psiquiatria na Europa se realizavam nos moldes da psicoterapia individual, dos tratamentos físicos (principalmente por meio do coma insulínico) e nos hospitais psiquiátricos. A Segunda Grande Guerra, como já apontado, fez com que os psiquiatras ingleses começassem a explorar o uso das forças sociais no tratamento. Na Inglaterra, tais terapêuticas foram iniciadas principalmente no Hospital Northfield (em Birmingham), que era uma unidade para soldados com transtornos psiquiátricos.

Naquele hospital em 1943 dois psicanalistas britânicos, Wilfred Bion e John Rickman, começaram a utilizar com um grupo de pacientes a estratégia de deslocar a atenção das necessidades e ansiedades individuais para as coletivas do grupo. Eles promoveram a discussão com os doentes e os estimularam a assumir responsabilidades pela organização do ambiente da enfermaria.

Bion fez o seguinte relato de uma das experiências que realizou nesses moldes:

Reuniu-se no setor de tratamento, integrado por várias centenas de homens, e comunicou que no futuro aplicaria o seguinte regulamento:

1 – Todos os homens deverão realizar uma hora diária de treinamento físico, a menos que um certificado médico os eximisse.

2 - Todos os homens deverão ser membros de um ou mais grupos destinados ao estudo de um ofício, cursos de correspondência do exército, carpintaria, leitura de mapas, etc.

3 – Qualquer um que deseje poderá formar um novo grupo, seja por não existir um grupo adequado a sua atividade particular, seja por outra razão que o impeça de se unir a um grupo similar existente.

4 – Aquele que se sentir incapaz de ir com o grupo terá que ir à sala de descanso.

5 – A sala de descanso estará a cargo de uma enfermeira assistente, na qual ter-se-á a tranquilidade necessária para se dedicar a ler, a escrever ou a fazer treinamentos, tais como o jogo de damas. Poder-se-á falar em voz baixa, com permissão da enfermeira, mas os outros pacientes não devem ser perturbados. Haverá sofás à disposição dos que não se sentirem aptos para nenhuma atividade e desejarem descansar.

Anunciou-se também que, todos os dias, às 12h10, passar-se-ia revista para fazer anúncios ou tomar outras disposições relativas ao setor de tratamento. Sem o conhecimento dos pacientes, a intenção implícita nessa reunião – estritamente limitada a trinta minutos – era a de dar oportunidade aos homens para que saíssem de seus respectivos marcos referenciais e considerassem suas próprias atividades como se fossem novos espectadores. Em suma, esse devia ser o primeiro passo em direção à elaboração das reuniões terapêuticas”. (BION, 1990, p. 18-19, nossa tradução).

Os resultados que Bion e Rickman alcançaram no Hospital Northfield revelaram que as atividades de ressocialização podiam ajudar nos problemas individuais dos pacientes internados. Desse modo, os psiquiatras sociais publicaram uma série de trabalhos em 1946, dentre os quais se destacou o de Tom Main - *The Hospital as a Therapeutic Institution*, que se referiu ao dano que o hospital tradicional infligia à personalidade dos pacientes e no qual o termo Comunidade Terapêutica foi usado pela primeira vez em uma publicação (CLARK, 1973).

Cumprir destacar ainda que o médico psiquiatra sul-africano Maxwell Jones (1907-1990) foi ao longo desse período, o mais importante desenvolvedor da Comunidade Terapêutica, pois influenciou não só a Inglaterra com seus aportes teóricos e práticas, mas também instituições em todo mundo. Em 1962, na Escócia, ele se tornou superintendente médico do Hospital Psiquiátrico Dingleton¹⁶, em Melrose, de 400 leitos e que era referência de atendimento para uma região de 100 mil habitantes no sul do país. O diretor anterior George Bell tornou aquele hospital bastante conhecido na época, pois estabeleceu a partir de 1949 o sistema de portas abertas, fazendo que fosse o primeiro a usá-lo na psiquiatria ocidental. Tal sistema trouxe repercussões positivas aos pacientes e à equipe, assim como maior tolerância da população local à convivência com os transtornos mentais (JONES, 1972).

- Ressocializar pelo Comunalismo, Participação e Democratização

Para entender como operava a equipe nas Comunidades Terapêuticas e suas principais produções, recorreremos às propostas do próprio Jones. Segundo ele, a maior diferença entre as Comunidades Terapêuticas e outros tratamentos psiquiátricos da época era a intenção consciente do uso dos recursos da instituição, da equipe, dos pacientes e dos familiares. Além disso, havia a finalidade de o paciente passar de uma postura passiva, enquanto era tratado,

¹⁶ Esse hospital funcionou como Comunidade Terapêutica até 2001, quando foi fechado (ARCHIVES HUB, 2014).

para uma postura ativa em seu próprio tratamento, no do tratamento dos outros pacientes e das atividades gerais do setor de internação.

Desse modo, a Comunidade Terapêutica possuía princípios que eram baseados na comunicação livre entre equipe de profissionais e grupos de pacientes e nas atitudes permissivas de expressão de sentimentos, pois pretendia ser uma organização social democrática e igualitária. Por isso, os papéis dos envolvidos e sua relação eram objeto de exame e discussão frequentes, já que possibilitavam aumentar a eficácia e aguçar a percepção comunitária.

Além disso, a Comunidade Terapêutica tinha como propostas de organização do espaço institucional a reabilitação ativa dos pacientes e a democratização, ou seja, a criação de espaços instituídos (reunião comunitária e da equipe) para discussão e tomada conjunta de decisões entre a equipe de atendimento e o grupo de pacientes e as relativas à enfermaria ou ao setor. Essa democratização também deveria ser praticada nos contatos cotidianos, principalmente entre equipe e pacientes, porque assim estimularia comunicação livre de ideias, as reivindicações e os sentimentos entre estes grupos.

Outro princípio da Comunidade Terapêutica era o comunalismo, que pretendia que os trabalhadores e os pacientes pudessem criar na enfermaria um ambiente comunitário, com mútua responsabilidade tanto pelo espaço, pelos afazeres como pelo tratamento nela realizado. O intuito era criar e cultivar um senso de propósito comum: alcançar o melhor tratamento para os que ali estavam internados.

Portanto, para se alcançar objetivos da reabilitação ativa, da democratização das relações e do comunalismo, os principais instrumentos eram a reunião comunitária e a reunião da equipe.

A reunião comunitária era realizada diariamente com todos os pacientes e toda equipe de atendimento com a finalidade de discutir as rotinas e as atribuições das funções dos pacientes na enfermaria. Buscava, também, recrudescer a consciência do grupo quanto às atitudes dos pacientes e funcionários, enfatizando aquelas que causavam atritos, insatisfações e conflitos. Assim, havia o intuito de compreender no espaço grupal as motivações objetivas e subjetivas dessas atitudes, as formas de minimizá-las e preveni-las, além de administrar o cotidiano da instituição. Com isso, fica claro o esforço de se atenuar e buscar meios de evitar os conflitos entre os profissionais da equipe e os pacientes.

Já a reunião da equipe ou de avaliação era realizada logo em seguida à reunião comunitária. Essa tinha o objetivo de elaborar, com os profissionais, materiais e tensões que não puderam ser trabalhados na reunião maior, além de funcionar como um aprimoramento e

treinamento dos profissionais em relação às posturas, atitudes e expressões na reunião comunitária. Além disso, possibilitava a reflexão da equipe sobre a condução da discussão – do ponto de vista objetivo e subjetivo –, sobre a postura dos pacientes e também sobre as estratégias e ações necessárias a partir de questões que surgiam. Por isso, observa-se que a reunião de equipe era um espaço de reflexão sobre os papéis desempenhados por cada profissional no cotidiano – assim como na reunião comunitária – e também sobre a coordenação, autoridade e liderança no espaço institucional.

Vale lembrar outras práticas do tratamento na Comunidade Terapêutica, de acordo com a pesquisa realizada por Rapoport (1960), citada por Jones (1972), em que estudou uma delas em Belmont (Inglaterra):

- liberdade de comunicação em níveis distintos e em todas as direções;
- análise da dinâmica individual e interpessoal de tudo o que acontecia na instituição (reuniões diárias dos pacientes e dos profissionais envolvidos, psicoterapia de grupo);
- tendência a destruir as relações de autoridade tradicionais e instituir um ambiente de extrema tolerância;
- atividades coletivas (bailes, festas, excursões entre outros);
- presença de toda a comunidade nas decisões administrativas do serviço.

Desviat (2008) elucida que essas práticas da Comunidade Terapêutica são muito próximas dos princípios da Psicoterapia Institucional – liberdade de circulação, espaços estruturados, contratos de entrada e saída fáceis de rever e acolhida permanente - revelando uma influência mútua entre estes dois movimentos.

Na perspectiva da Comunidade Terapêutica inglesa, o hospital psiquiátrico era visto como instituição de proteção, ressocialização e passagem para retorno à vida comunitária fora dele. Podemos inferir que ele cumpria a finalidade social e econômica de criar condições de ressocialização e, portanto, cura dos pacientes. Para tanto, valeu-se da produção de um coletivo, como meio de ressocialização-cura e para produzir responsabilidades, participação e práticas democráticas em seu interior.

Na tentativa de criar uma microssociedade dentro das Comunidades Terapêuticas, para que pudessem realizar uma Pedagogia Social e seus objetivos terapêuticos com os pacientes, segundo Birman e Costa (1994), deveriam funcionar como uma réplica do ambiente social extra-hospitalar. Dessa maneira, as normas, as regras e os limites no interior do hospital deviam ser a síntese das regras da vida social, a qual devia ser internalizada pelos pacientes.

Para tanto, uma das produções das Comunidades Terapêuticas foi a de uma sociedade ideal e protetora em seu interior, formada por perfis homogêneos de profissionais e pacientes

cujas práticas de participação, democracia, tolerância e permissividade em relação à doença mental e às relações cotidianas. Contudo, este modo de funcionamento não existia na sociedade da época, ou mesmo atualmente.

Essas contradições entre o microsocial da Comunidade Terapêutica e a necessidade de reproduzir em seu interior o funcionamento do macrossocial, mas sem se identificar inteiramente com ele, parece foram objeto de poucas análises e problematizações. Isto é, não havia porosidade e interpenetração que levavam em conta as contradições entre a sociedade criada no hospital e a para além dele.

Conforme apontamos, o coletivo na Comunidade Terapêutica era o responsável pela ressocialização-cura dos internos e toda a estratégia institucional ficava condicionada a isso, ressaltando a importância do processo grupal da equipe naquele contexto. De acordo com Birman e Costa (1994) a principal estratégia foi a introdução e ampliação do trabalho de grupos no hospital: grupos operativos, recreativos, artísticos e os terapêuticos, propriamente ditos, pois se partia do entendimento que eles eram o núcleo da vida social no espaço extra-hospitalar pelo qual se alcançaria a ressocialização do paciente.

Pretendia-se assim que, na Comunidade Terapêutica, os grupos de trabalhadores e de pacientes funcionassem de forma articulada conforme um objetivo comum: o da recuperação dos pacientes que ali estavam internados. Aspiravam à conquista disso ao estabelecer uma cultura terapêutica pelas reuniões comunitária e da equipe, pela reabilitação ativa e pela democratização das relações, principalmente, conforme já apontado. Tais grupos buscavam também quebrar as relações de autoritarismo e submissão entre eles, típicas do funcionamento do hospital psiquiátrico. Com a Comunidade Terapêutica, desejava-se criar possibilidades de uma relação de participação e corresponsabilização através do tratamento e das atividades entre a equipe de atendimento e os pacientes.

Por isso, podemos notar que essa Pedagogia Social estava tentando responder, no mínimo, a duas questões apresentadas pelo contexto do pós-guerra: a falta de mão de obra para o trabalho e a transformação dos hospitais psiquiátricos em locais de recuperação dos transtornos mentais – e não somente em depósito de resíduos sociais.

De acordo com Basaglia (1979), os efeitos das Comunidades Terapêuticas na Inglaterra, juntamente com o avanço das políticas públicas de saúde, foram a drástica diminuição dos doentes internados e a diminuição do tempo de internação, de retorno à sociedade e ao mercado de trabalho. Segundo o autor, é na Comunidade Terapêutica que surge, pela primeira vez, o aspecto social da Psiquiatria, pois, quando passa a se considerar de

fato uma comunidade, traz o significado histórico-social ao doente, o qual passou a ter contato com a história do mundo e da sociedade.

Assim, práticas da Comunidade Terapêutica colocaram em evidência que o doente mental poderia e deveria ser recuperado e voltar ao convívio social. Além disso, vislumbrou-se que não era a exclusão social que iria trazer sua recuperação, mas as medidas terapêuticas que incentivassem a socialização, a responsabilização e o papel ativo do paciente em seu tratamento.

As principais contribuições produzidas pelo processo de trabalho nas Comunidades Terapêuticas foram a passagem do exercício do poder outrora centralizado no médico e no hospital psiquiátrico para as equipes de profissionais – cujas incumbências eram as altas, as admissões e as estratégias de tratamento, por exemplo – e o compartilhamento de tarefas com os pacientes em relação à organização do cotidiano da enfermagem, participação nas atividades e relacionamentos interpessoais.

Com a mobilização dos pacientes como participantes ativos do tratamento, da reunião comunitária e da reunião de equipe de profissionais, passou a haver compartilhamento da responsabilidade do tratamento de todos os doentes e isso fez surgir uma democratização das relações do ponto de vista horizontal.

Podemos dizer que, apesar disso, não houve questionamento mais profundo acerca do papel das especificidades e saberes do cuidado com sofrimento psíquico. Havia o objetivo de que as ações no interior da comunidade se direcionassem à recuperação dos pacientes internados, mas as fronteiras e limites entre os pacientes e profissionais e os diferentes profissionais continuaram presentes. Embora houvesse compartilhamento do poder psiquiátrico pela equipe de profissionais, o saber e o poder do médico psiquiatra mantinha sua hegemonia. Muitas vezes era o psiquiatra o condutor da reunião comunitária, o coordenador da equipe de profissionais e o administrador da Comunidade Terapêutica. Havia maior democratização dos processos de trabalho cujas relações passaram a ser mais horizontais, mas persistia, com intensidade menor, a verticalidade e centralidade técnico-administrativa na figura do psiquiatra.

A Comunidade Terapêutica foi um dos primeiros movimentos da Reforma Psiquiátrica que trouxe possibilidades de tratar o doente mental pela ressocialização, pela criação de um espaço terapêutico coletivo no hospital psiquiátrico e pela operação da equipe com um funcionamento interprofissional como principal estratégia terapêutica de cuidado e ressocialização. A Comunidade Terapêutica também questionou e apresentou outras formas de organização interna do hospital psiquiátrico para além da figura exclusiva do médico

psiquiatra – como detentor de todo o poder institucional – através de práticas de participação coletiva, democrática e autogestão por meio do coletivo de pacientes e profissionais.

Como já apontamos, podemos afirmar que essas foram as principais contribuições dos ideais da Comunidade Terapêutica da Inglaterra e dos processos de trabalho neste contexto, que influenciaram em maior ou menor grau as experiências surgidas após no processo de Reforma Psiquiátrica, bem como as práticas institucionais até os dias de hoje no tocante à reabilitação ativa, ao comunalismo, ao processo de trabalho em equipe e a necessidade de incluir os doentes mentais no espaço social.

Vale ressaltar que, no processo de Reforma Psiquiátrica, tanto a Comunidade Terapêutica como a Psicoterapia Institucional se destacaram no âmbito da instituição hospital psiquiátrica. Isso porque suas ações e propostas se ativeram a resgatar o potencial terapêutico do hospital e, assim, as transformações a ele se restringiram.

No entanto, a Comunidade Terapêutica inglesa não se aprofundou em questões como a exclusão e a tutela da doença mental e a exclusividade da Psiquiatria, dos saberes Psi e dos hospitais como promotores de cuidado, na discussão da produção social do sofrimento psíquico e da importância de se construir para ele, no território, uma rede de assistência.

A Psiquiatria Democrática Italiana foi sem dúvida, o movimento da Reforma Psiquiátrica que mais trouxe reflexões e práticas para estas questões e possibilidades de desinstitucionalização do sofrimento psíquico, como trataremos a seguir.

1.5) A Psiquiatria Democrática Italiana

As questões sociais e políticas da Itália no período anterior à Segunda Guerra foram em parte semelhantes ao que ocorreu na França e Inglaterra, mas também com diferenças que marcaram a assistência à doença mental.

Segundo Barros (1994) a Psiquiatria na Itália no século XIX teve muitas semelhanças com a da França, principalmente na disseminação em todo país de manicômios nos moldes pinelianos. Somou-se a isto as influências do positivismo organicista alemão, principalmente de Emil Kraepelin, que tiveram campo fértil em solo italiano graças ao momento cultural e científico reinante: o tecnicismo e o empirismo. Apresenta como exemplo daquele momento científico o médico e criminologista italiano Cesare Lombroso que realizou, em 1876, a descrição de criminosos como portadores de sinais morfológicos hereditários que os destinariam ao crime. Outro exemplo posterior foi a introdução do eletrochoque, como

substituição ao choque convulsivo químico, como terapêutica para doença mental pelo também italiano Ugo Cerletti em 1939.

Ainda segundo esta autora, a Psiquiatria italiana desenvolveu-se a partir do século XIX com uma dissociação entre organização institucional, os grandes manicômios, e o domínio de abordagens teórico-práticas com modelos organicistas, que se interessavam somente pelas causas das doenças mentais, não questionando a noção de periculosidade, recusando as teorias e práticas progressistas que ocorriam em outros países e mantendo silenciada as precárias condições da realidade manicomial.

O período fascista na Itália (período entre a Primeira e Segunda Guerra Mundial) produziu um grande isolamento cultural naquele país. Na Psiquiatria reafirmou o domínio da orientação organicista em detrimento de outras formas de entendimento, que consideravam a multicausalidade da doença mental e tentavam deste modo prestar assistência à ela (BARROS, 1994).

Depois do final da Segunda Guerra apesar das questões sociais e econômicas colocadas para a Europa, como já apontamos anteriormente no início deste capítulo, também estarem presentes na Itália, isto pouco se refletiu na alteração da assistência aos doentes mentais naquele país. Ainda segundo Barros, o tratamento continuou baseando-se no organicismo como causa da doença mental e no hospital psiquiátrico com a exclusão e tutela como sua forma de tratamento. A introdução das medicações neurolépticas, a partir de 1952, trouxe a possibilidade de uma redução mais rápida dos sintomas psicóticos e facilitar a reinserção social. Apesar disto, o número de pessoas internadas nos hospitais na Itália continuou aumentando, mas com a redução do tempo de permanência dos pacientes nestes locais.

Conforme Desviat (2008), no início dos anos de 1960 houve mudanças no plano político no Itália. O governo do Primeiro-Ministro Aldo Moro, de centro-direita, cede espaço a governos de centro-esquerda que prometem reformas sociais com a promessa de enfrentar as questões como a descentralização administrativa do governo, melhorar a saúde e a educação.

Deste modo, só se iniciam alterações significativas na forma de assistência à doença mental a partir de 1961, com as iniciadas em Gorizia¹⁷ por um grupo de profissionais liderados por Franco Basaglia.

Passos (2009) afirma que a Reforma Psiquiátrica na Itália se iniciou com as mesmas perspectivas da que ocorria na França e Inglaterra, qual seja, a da criação, reorganização e

¹⁷ Província do norte da Itália que faz fronteira com a Eslovênia, antiga Iugoslávia.

modernização dos serviços de assistência à doença mental alternativos ao hospital psiquiátrico, e ao mesmo tempo, como resgate do potencial terapêutico deste. Deste modo, a Reforma italiana buscou inspirações na Psicoterapia Institucional, Comunidade Terapêutica e Psiquiatria de Setor. Mas ao longo do tempo foi potencializando críticas e produzindo fissuras políticas e práticas na Psiquiatria, trazendo à luz a realidade miserável da assistência pública à doença mental naquele país. Assim, aquele processo de Reforma foi mais conflituoso e multifacetado que nos outros países europeus: por ter uma realidade psiquiátrica muito arcaica, um histórico político-social-cultural de independência e autoafirmação regional que dificultava políticas públicas centralizadas e nacionais, pela perspectiva da superação do hospital psiquiátrico por serviços substitutivos e as duras críticas que produziu à ordem social de então.

Destacaremos dois momentos da Psiquiatria Democrática Italiana neste trabalho. O primeiro, que trataremos mais brevemente, foi o da utilização dos pressupostos da Comunidade Terapêutica inglesa, como forma de negação da instituição psiquiátrica iniciado em Gorizia. O segundo, o processo de superação do hospital psiquiátrico iniciado em Trieste, ambos tendo como principal protagonista Basaglia.

- Gorizia – A Comunidade Terapêutica como Negação do Hospital Psiquiátrico

Basaglia (1924-1980) nasceu em Veneza e nesta cidade, ainda estudante, militou na Resistência Italiana, quando foi preso até o final da Segunda Guerra. Depois disto fez o Curso de Medicina em Padova e se tornou professor na Universidade de Parma e estudioso de Husserl, Binswanger, Heidegger, Merleau-Ponty e Sartre (BARROS, 1994; AMARANTE, 2003).

Em 1961 ele deixou a carreira universitária e assumiu a direção do Hospital Provincial Psiquiátrico de Gorizia. Sob a influência do que vinha sendo realizado na Inglaterra e França, introduz neste hospital práticas da Comunidade Terapêutica e se juntam neste trabalho jovens profissionais, que depois irão constituir o movimento da Psiquiatria Democrática Italiana¹⁸.

¹⁸ Movimento formalizado em 1973 constituído a princípio por profissionais que atuavam em Gorizia. Tinha como objetivo a luta contra o manicômio e uma revisão jurídica, para que o doente mental tivesse plena cidadania. Seus fundamentos eram a recusa da ciência neutra e análise do significado da Psiquiatria e ciências humanas em relação a suas ações institucionais; recusa da Psiquiatria como ideologia e prática da burguesia e recusa de que a experiência antimanicomial fosse reduzida a uma humanização do hospital, mas sim que fosse uma ação para colocar este em crise como algo a ser desconstruído (LOUZOUN e STYLIANIDIS, s.d. apud PASSOS, 2009).

Fleming (1974) e Barros (1994) referem que Gorizia era situado no interior de um vasto parque constituído por nove pavilhões e outras dependências. Quando Basaglia passou a dirigi-lo havia cerca de 500 pacientes, cento e cinquenta enfermeiros, nove médicos, uma psicóloga, um padre, algumas religiosas, assistentes sociais e alguns voluntários. As primeiras transformações feitas foram acabar com os uniformes dos pacientes e dos profissionais; muitos pacientes foram autorizados a sair das alas sem acompanhamento; o fim das contenções; criação de condições para reuniões e encontros entre os profissionais e pacientes; criação de espaços para que os internos se reunissem uns com os outros e que com grupos organizados influíssem e decidissem sobre o cotidiano institucional. Com estas mudanças, em novembro de 1962 foi aberto totalmente o primeiro pavilhão do hospital.

Mas quais foram os principais motores destas mudanças realizadas em Gorizia? Segundos os próprios protagonistas, em Basaglia et al (1994) estas ações nasceram de um série de recusas e negações. Entre elas a recusa do mandato social colocado ao psiquiatra no hospital psiquiátrico – o de segregar e custodiar os pacientes, para que não pudessem exercer escolhas autônomas e responsáveis. Esta recusa partia da tomada de consciência de uma dupla crise: da prática da Psiquiatria no hospital e outro metodológica da Psiquiatria como ciência. Assim, afirmaram que a negação, no plano prático, do hospital como lugar de alienação, tutela e opressão provocou vários estados de desestruturação do habitual tecido institucional, antes visto como protetor, seja pelos funcionários como também pelos próprios internos.

Deste modo, diferente da Psicoterapia Institucional e da Comunidade Terapêutica inglesa, aquele processo de transformação não objetivou o resgate do potencial terapêutico e protetor do hospital psiquiátrico, mas sim explicitar seu papel de tutela incompatível com as práticas de ressocialização pretendidas, sendo assim necessária sua extinção.

Como o modelo inicial que adotaram em Gorizia foi o da Comunidade Terapêutica inglesa, de acordo com Barros (1994), houve redimensionamento dos objetivos do hospital a partir das necessidades reais dos pacientes, por meio da discussão coletiva e contínua e problematizar as relações institucionais.

De acordo com Basaglia et al (1994), a situação de Gorizia em 1968 era que as cinco divisões masculinas estavam todas abertas, havia assembleia geral da comunidade todos os dias – na qual todas as decisões e problemas eram discutidos e que participavam os profissionais, internos, familiares e qualquer pessoa que quisesse. Havia reuniões em todas as divisões, com a participação de todos, nas quais eram tratados temas variados, pessoais, sociais, problemas de convivência, propostas para a divisão, permissões para sair. Além disto, havia outras reuniões cotidianas entre os profissionais das divisões e a diretoria.

O hospital tornou-se aberto, os pacientes podiam sair livremente e toda a comunidade podia também frequentar o hospital, passear no parque, jogar futebol e conversar com os pacientes e funcionários. A divisão entre trabalhadores e pacientes foi aos poucos sendo diminuída e em seu lugar foi se construindo uma coletividade, na qual cada um era responsável pelos outros (FLEMING, 1976).

Mas em pouco tempo a gestão comunitária nestas bases, que procurava humanizar e democratizar o hospital, mostrou-se insuficiente. Esta não colocava em discussão as relações de tutela e custódia e a periculosidade social contida no saber psiquiátrico. Ou seja, os internos mesmos mais livres permaneciam vinculados a uma dimensão institucional que perpetuava a segregação e exclusão social (BARROS, 1994).

Assim, o uso do modelo da Comunidade Terapêutica neste contexto demonstrou ser um dispositivo potente para colocar em crise a instituição em sua globalidade, trazer visibilidades e desnaturalizar práticas, conceitos, paradigmas. Igualmente criar possibilidades concretas para que a gestão psiquiátrica e suas contradições sociais e políticas fossem projetadas para fora das paredes do hospital, levando a loucura novamente para o espaço social.

Os três principais questionamentos produzidos pela utilização da Comunidade Terapêutica como negação da instituição psiquiátrica, segundo Barros (1994) foram: a ligação de dependência entre psiquiatria e justiça e a necessidade da ordem pública, a origem de classe das pessoas internadas e a não-neutralidade da ciência. Deste modo, pretenderam colocar em crise a ligação da Psiquiatria com a ordem pública e a ruptura do conceito de periculosidade contido na noção de doença mental.

Nesta direção os profissionais daquele hospital criaram ligações com as forças sindicais, políticas e sociais, que promoveu um salto de qualidade nos trabalhos técnicos e trouxe outra redefinição para este. O trabalho técnico deveria ir além da assistência, pois as respostas que necessitavam o paciente não eram mais técnicas, e sim relativas às necessidades de moradia, trabalho, amizade e outras comuns a todos os cidadãos. Assim, o processo de questionamento da instituição chega ao seu ápice em 1968. A equipe solicitou a administração local o fechamento do hospital e abertura de centros externos, pois não havia mais razão ou necessidade de sua existência. As pessoas permaneciam ainda naquele local por não disporem de condições econômicas e sociais. As forças políticas e administrativas da cidade opuseram-se à proposta e a equipe demitiu-se em bloco após fazer uma declaração de cura de todos os internos (BARROS, 1994).

Esta autora refere ainda que mesmo com este desfecho, as propostas, práticas e questionamento de Gorizia tiveram divulgação e repercussão intensas em toda a Itália e no mundo. Naquele país estas experiências não foram um fato isolado, em outros locais aconteceram práticas inspiradas nela, principalmente no norte, como em Arezzo, Parma, Reggio Emilia e Perugia, produzindo importantes ações de transformação institucional.

- Trieste – Da Tutela do Hospital à Responsabilização – A Multiplicidade do Território

Trieste é uma cidade localizada as margens do mar Adriático, na fronteira entre Itália e Eslovênia e tem uma história de passagens e convergências culturais. É uma cidade portuária e assim as múltiplas influências em sua história fez com que a diversidade linguística e cultural fosse uma marca fundamental e constitutiva da cidade. Ela é ao mesmo tempo italiana, eslava e austríaca, foi e permanece rica em contrastes, por assim dizer, um modelo de heterogeneidade da civilização moderna (BARROS, 1994).

Ainda de acordo com esta autora, o primeiro manicômio foi construído na cidade em 1841, o Ospedale Maggiore. Com o passar dos anos foi ficando cheio de pacientes foram feitos vários projetos e até um concurso internacional para o novo hospital psiquiátrico. Este foi inaugurado em 1907 – o Frenocômio Municipal Andrea di Sergio Gallati - com 480 leitos e é mais conhecido como hospital San Giovanni.

Em 1971, Basaglia foi convidado a dirigir este hospital em Trieste. A cidade na época tinha uma administração democrata-cristã e sua experiência em Gorizia e reflexões sobre a Psiquiatria já eram bem conhecidas. Naquele período aconteciam outras experiências em várias partes da Itália, que traziam alternativas a estrutura psiquiátrica tradicional e a modernização da sociedade em geral acontecia rapidamente. Deste modo, foi chamado para este encargo para que pudessem ser feitas alterações na estrutura hospitalar, na direção da comunidade, contando com grande apoio da administração municipal no início deste processo (BASAGLIA, 2010).

Segundo Barros (1994) quando Basaglia iniciou as transformações no hospital estavam internadas 1.101 pessoas em dezenove pavilhões e separados por sexo e em tranquilos e agitados. Além deste, havia na cidade o Centro de Higiene Mental que era o responsável pelas atividades de prevenção em saúde mental. Somando-se os profissionais do hospital e deste Centro eram 289 enfermeiros, dez médicos, quatro assistentes sociais, quatro inspetores de enfermeiros, um psicólogo e três assistentes sanitárias.

Com o apoio que contava da administração municipal, as experiências e reflexões construídas em Gorizia fizeram com que o único objetivo da direção do hospital de Trieste fosse o processo de desinstitucionalização e o desmonte do hospital psiquiátrico e sua substituição por uma rede de serviços comunitários, mas diferente de outras práticas, como na França, Inglaterra, Estados Unidos, sem a necessidade do hospital psiquiátrico. A desinstitucionalização foi o motor do processo de transformação da assistência à saúde mental em Trieste.

De acordo com Rotelli¹⁹, Leonardis e Mauri (1990, p. 42) sobre este processo:

Trata-se de negar o hospital psiquiátrico salvaguardando o direito à assistência, de negar a “política de setor” salvaguardando a unicidade de responsabilidade sobre um território determinado, de negar a comunidade terapêutica em favor de uma comunidade difusa, de negar o monopólio dos técnicos utilizando ao máximo suas potencialidades para ativar os recursos das pessoas (aspas dos autores).

Estes mesmos autores fazem uma síntese deste processo de desinstitucionalização, destacando três aspectos a partir do desmonte do manicômio:

- A construção de uma nova política de saúde mental a partir do interior das estruturas institucionais e através da mobilização e participação de todos os sujeitos deste processo.

- A principal finalidade do trabalho terapêutico é enriquecer e transformar a existência global dos pacientes. Dar condições que possam ser sujeitos ativos e não objetos da instituição. Passagem do lugar zero de intercâmbios sociais - o manicômio - para a multiplicidade das relações sociais do território.

- A partir da decomposição e da transformação do uso das estruturas materiais e dos recursos humanos do hospital, construir estruturas externas que são totalmente substitutivas à internação.

O primeiro passo na desinstitucionalização foi o começar a desmontar a relação problema-solução da Psiquiatria e transformar-se os modos pelos quais as pessoas são cuidadas. O tratamento não é a busca da solução-cura, mas um conjunto complexo, elementar e cotidiano de estratégias indiretas e mediatas para acolher e enfrentar os problemas e o sofrimento através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento. As diversas ações terapêuticas (médicas, psicológicas, psicoterapêuticas, psicofarmacológicas, sociais e outras) são consideradas como momentos importantes, mas redutivos e parciais, sobretudo se forem isolados e codificados e assim é necessário a construir práticas entre estas

¹⁹ Franco Rotelli, psiquiatra italiano que com a saída de Basaglia de Trieste, em 1979, passou a dirigir o Hospital San Giovanni e depois com seu fechamento a ser o Diretor de Serviços de Saúde Mental de Trieste.

formas de intervenção. Como consequência disto, a relação terapêutica deve ocupar-se de questões afetivas, econômicas, jurídicas, relacionais, da família, do trabalho e outras, sem fragmentar estas questões ou destiná-las a serviços ou profissionais separados (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 1990).

Sintetizando, estes autores colocam que tomando como objeto o tratamento, ao invés da doença, a existência-sofrimento dos usuários e sua relação como o contexto social, a desinstitucionalização será o processo crítico-prático para a reorientação das estruturas da instituição nesta direção. É um processo de reconstrução da complexidade do objeto, a ênfase se altera da cura e do sintoma (sobre o qual se constrói o hospital) para uma invenção da saúde e da reprodução social do usuário. Assim é possível pressentir a variedade de profissionais e saberes que são necessários para as terapêuticas neste campo de ação complexo.

Outro aspecto destas mudanças é que o trabalho terapêutico passa a ser *presa in carico*, ou tomar responsabilidade de cuidar de uma pessoa. Este supõe impedir o abandono do usuário a si mesmo, em favor de uma liberdade abstrata, e também evitar impor-lhe objetivos pré-construídos. Pois se entende que o trabalho terapêutico é um processo dinâmico e em contínua transformação, abarcando tentativas, erros e aprendizagens e no qual os objetivos mudam durante o processo de acordo com os interesses e necessidades do sujeito em jogo (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 1990).

O complexo processo de desinstitucionalização e transformação da assistência à saúde mental em Trieste pode ser sintetizado, de acordo com Barros (1994):

- A partir de 1971 foram contratados mais profissionais e o hospital foi organizado em cinco setores, depois ampliados para sete. Cada um era formado por 200 pacientes reunidos de acordo com o bairro onde residiam e passaram a ser acompanhados por uma mesma equipe de profissionais, que com eles realizavam todas as ações de assistência e reinserção. A região onde residia o paciente passou a ser o critério para a definição do setor que ficaria internado e da equipe que o acompanharia.

- Organizaram-se pavilhões mistos, com pequenos grupos de pacientes reutilizando espaços disponíveis no hospital e formando grupos-apartamento. Estes foram o início dos núcleos de vida autônoma nos quais estes moradores podiam cozinhar, fazer compras, organizar seu dia a dia com o apoio dos profissionais.

- Em 1973 foi desativado o Centro de Higiene Mental e a prevenção e reinserção passou a ser realizada por cada uma das equipes dos sete setores do hospital. A finalidade era assumir totalmente as necessidades assistenciais de cada pessoa, sem fragmentá-la em

diferentes instituições e estabelecer-se com o paciente uma continuidade terapêutica, um conhecimento recíproco e de familiaridade. Neste ano também foi criada a Cooperativa Trabalhadores Unidos, que tinha a finalidade inicial de realizar trabalhos no interior do hospital.

- A partir das vivências dos grupos-apartamento em 1975 foram criados apartamentos para ex-pacientes na comunidade. O trabalho de reabilitação e o progressivo fechamento dos pavilhões buscou ir ao encontro das necessidades concretas das pessoas e assim recompor seu universo simbólico, por meio de possuir objetos, roupas, dinheiro e exercerem atividades remuneradas. Sempre que possível buscava-se obter pensões sociais ou aposentadorias e outros subsídios para viabilizar subsistência dos usuários.

- Em 1975 começou-se a organizar uma rede de serviços territoriais com a criação dos primeiros Centros de Saúde Mental. A eles foram atribuídos as responsabilidades de prevenção, tratamento e reinserção social. Este processo se concluiu em 1978 totalizando sete Centros que correspondiam às equipes dos sete setores do hospital e aos usuários que já acompanhavam e as regiões administrativas da cidade.

- No ano de 1977 foi criado junto ao Hospital Geral da cidade um pronto-socorro psiquiátrico 24 horas, denominado de Serviço Psiquiátrico de Diagnóstico e Tratamento.

- Em 1980 fechou-se a enfermaria de admissão em San Giovanni. O sistema de assistência de Trieste não contava mais com internações no hospital psiquiátrico e a assistência as crises eram realizadas nos Centros de Saúde Mental ou no Pronto-Socorro.

Este processo de desinstitucionalização do hospital, segundo Rotelli, Leonardis e Mauri (1990) foi homeopático, usou as energias internas da instituição, transformando-as para desmontá-la e a partir dos recursos existentes, construiu novas estruturas externas comunitárias. Essas foram criadas para acompanhar de perto os usuários fora do manicômio e construir alternativas necessárias, como a rede de serviços que passou a ser composta pelos sete centros de saúde mental, um pronto-socorro psiquiátrico no hospital geral, um Centro para tóxico-dependentes e o serviço psiquiátrico no cárcere. Além disto, cooperativas, casas para os usuários e outras coisas que fossem necessárias. A rede de serviços foi criada a partir das necessidades dos internos e não a partir das necessidades dos gestores ou administradores públicos e como reconversão das estruturas e recursos humanos então utilizados pelo hospital. Este modelo não selecionava necessidades, demandas ou conflitos e buscava estratégias dinâmicas e individualizadas para as questões que se apresentavam para ampliar a riqueza da vida das pessoas, sejam doentes ou não. Deste modo esta rede de assistência foi inteiramente

substitutiva e conseguiu suprimir as práticas e estruturas manicomiais anteriores e responder de forma positiva a complexidade das necessidades que o hospital abarcava em seu interior.

Estes autores completam que a desinstitucionalização alterou progressivamente o status jurídico do paciente: de internação compulsória a voluntária, depois para hóspede e em seguida a eliminação das diversas formas de tutela jurídica e o restabelecimento de todos os seus direitos civis. Com este processo ele passa a ser cidadão de pleno direito e altera a natureza do contrato com os serviços de assistência e com a própria comunidade.

O circuito de saúde mental que passou a funcionar e que prescinde do hospital psiquiátrico tem como principal recurso os sete Centros de Saúde Mental territoriais. Estes correspondem as zonas administrativas da cidade, com população aproximada de 40.000 habitantes em cada uma delas. Ocupam casarões ou apartamentos grandes e cuja disposição não lembram ambulatórios ou serviços de saúde e sim casas, estão abertos 24 horas e tem a possibilidade de acolher as pessoas a qualquer momento (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 1990).

Ainda de acordo com estes autores, estes Centros possuem alguns leitos para dormir, em uma média de oito, onde podem ficar hospedados aqueles que tiverem necessidade. Os operadores²⁰ de cada um são em média três psiquiatras, 20 enfermeiros, um assistente social, um psicólogo e monitores de atividades (artistas, massagistas, professores entre outros) sendo voluntários ou membros das cooperativas. Também contam com funcionários de serviços gerais (limpeza, cozinha) que são usuários, ex-usuários ou profissionais das cooperativas. A organização das atividades é pouco hierarquizada, é feita uma reunião diária com os profissionais e usuários no qual as atividades são distribuídas, com grande flexibilidade, elasticidade e permeabilidade no uso do espaço. Deste modo não há consultas agendadas e nem listas de espera, é usado como local de encontro e socialização e de vida cotidiana, não há qualquer tipo de subdivisão ou seleção dos usuários, possibilitando assim a convivência de pessoas de todos os tipos: idosos, jovens, donas-de-casa e outros. O trabalho terapêutico utiliza todos os instrumentos à disposição: medicação, conversas, trabalhos, estadias de férias na praia ou na serra e também busca recursos nos contatos com outras instituições, como na administração municipal para conseguir moradia para os usuários. Além disto, grande parte das atividades dos operadores é feita fora deste local, no contato com as pessoas em casa ou para ajudá-los a viver em seu meio. O processo de trabalho nos Centros possui pouca divisão

²⁰ Operador sanitário é a nomeação que passou a ser utilizada em Trieste para designar todos os trabalhadores dos serviços comunitários, independente da categoria funcional ou formação profissional que tenham.

e hierarquização entre os diversos papéis. A responsabilidade de decisão e competências executivas não são separadas, mas assumidas por mais de um operador ao mesmo tempo.

Além da criação dos serviços comunitários, a partir das alterações e do fechamento das internações no San Giovanni, as estruturas daquele espaço foram aproveitadas para outras finalidades: existem vinte apartamentos para ex-internos, uma unidade de reabilitação para deficientes muito graves e uma unidade para idosos dependentes (sob a responsabilidade do Centro de Saúde da região). Também foram criados uma escola maternal, uma escola primária e laboratórios da Universidade. Existem também espaços destinados às atividades dos Centros e das cooperativas: um bar, um laboratório de teatro, um laboratório artístico, de música, pintura, de vídeo, sala de ginástica, sala de estética e outras. Os laboratórios são utilizados em suas atividades conjuntamente por “normais” e pelos usuários da saúde mental. O espaço do ex-hospital também comporta alojamentos com refeitório para voluntários italianos ou estrangeiros que trabalham nas diversas estruturas (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 1990).

Estes autores ressaltam ainda as cooperativas, contavam com três: Cooperativa Agrícola – que tem uma loja para venda de produtos; Cooperativa Trabalhadores Unidos – que realiza serviços de limpeza e manutenção, marcenaria, cabeleleiro, laboratórios artísticos, de costura e de teatro e *Cooperativa Posto delle Fragolle* – que administra um bar, um barco à vela e uma cooperativa de assistência. Das cooperativas faziam parte não somente usuários de saúde mental, mas jovens sem emprego, tóxico-dependentes, ex-presidiários ou em regime de semiliberdade. São importantes estruturas de auto-organização, autonomia e capacidade de ajuda mútua para as pessoas.

Pelas transformações operadas no entendimento do sofrimento psíquico e sua terapêutica, podemos apontar o que consideremos como mais importantes contribuições das transformações em Trieste, notadamente em relação aos processos de trabalho em equipe e o entre profissional.

Segundo Rotelli, Leonardis e Mauri (1990) o processo de desinstitucionalização em Trieste trouxe um enriquecimento das competências profissionais e da autonomia dos trabalhadores e transformação do que é necessário para esta formação. Tanto em uma como em outra passou-se a uma maior valorização da capacidade do profissional de escolher, utilizar e combinar variedades de recursos a partir das situações singulares dos usuários, do que o domínio das competências técnicas especializadas. Assim sendo, passa-se para uma centralidade do trabalho em equipe, e este processo se configura mais na prática do trabalhar junto, de forma colaborativa para superar os desafios e dificuldades do cotidiano do que em

reuniões periódicas dos profissionais. A equipe vai tecendo seu trabalho no cotidiano, na socialização das experiências entre os profissionais, no enfrentamento conjunto dos problemas, na avaliação das decisões e ações tomadas, funcionando também como um supervisor coletivo.

Passos (2009) aponta que a divisão das profissões neste processo não foi eliminada. Ela aparece na diferença de remuneração e nas funções formais da equipe, mas no dia a dia esta divisão não se faz notar nos centros de saúde mental, pois além da prescrição de medicamentos, as ações que forem necessárias para a assistência aos usuários podem ser realizadas por qualquer operador.

Destacamos que neste processo de trabalho há uma expansão das atividades assistenciais que não são específicas desta ou daquela profissão, e são assim compartilhadas e operadas por todos no dia a dia, inclusive pelos próprios usuários. Há um alargamento do comum da equipe com uma construção profícua e intensa de ações nos espaços entre os saberes, profissões e práticas.

Sobre a formação necessária para esta atuação Rotelli, Leonardis e Mauri (1990) afirmam que se valoriza muito neste modo de trabalho a formação em serviço: a aquisição de conhecimentos teóricos e práticos dos operadores a partir das ações cotidianas e do funcionamento dos serviços e da rede de assistência do território, sempre com uma análise crítica mediada pelo trabalho em equipe.

Além disto, a multiplicidade, diversidade e aberturas nas práticas e da formação em serviço têm como fator dinâmico importante a inserção dos voluntários nesta rede de atendimento. O voluntariado social, segundo Barros (1994), foi criado a partir da desconstrução do hospital e não é uma ação caritativa, mas política. O voluntário, como um ator institucional que sempre se renova, é uma importante ferramenta de questionamento da instituição, e podemos dizer, da formação em serviço. Para ser voluntário em Trieste não é necessário formação específica em saúde ou qualquer outro tipo de formação acadêmica, sendo valorizado o potencial humano, responsabilidade e sensibilidade frente às questões da existência e do diverso para uma convivência solidária.

A experiência de desinstitucionalização de Trieste foi muito além dos muros do hospital San Giovanni. Teve repercussão mundial por ter demonstrado na prática que é possível uma nova forma de entender e cuidar do sofrimento psíquico, rompendo com os velhos e arcaicos paradigmas psiquiátricos e da loucura com fenômeno exclusivamente médico-clínico, de sua periculosidade e conseqüente tutela. Também de mostrar ser possível inventar práticas e conceitos para lidar com o sofrimento-existência sem segregação, opressão

e controle e sim, com produção de vida, de cidadania, de novas subjetividades e possibilidades (AMARANTE, 1994).

Para Passos (2009), as contribuições que trouxe foram a possibilidade da multiplicação de serviços comunitários, sem a necessidade da existência do hospital psiquiátrico, com a finalidade de se implicar com toda a rede de instituições sociais criadas para dar respostas aos problemas sociais. Deste modo, propiciou que as práticas de assistência à saúde mental se inscrevessem no regime de problematização das próprias relações sociais e da qualidade de vida nos espaços urbanos. Assim, deslocou a loucura/doença mental do domínio exclusivamente médico para uma ação ampliada e expandida para além de seus limites tradicionais. Ao mesmo tempo, trouxe à questão da doença mental e seus modos de assistência às críticas da própria sociedade, seja pelo confronto e/ou parcerias com outras instituições e organizações da sociedade civil.

Segundo Amarante (1994) a obra de Basaglia também tem transcendido o campo da saúde mental e suas reflexões têm contribuições ao campo da Filosofia das Ciências. O processo de negação da “doença mental” enquanto objeto construído e exclusivo da Psiquiatria denuncia a redução do objeto que as ciências operam e que, portanto, as impendem de compreender a complexidade do fenômeno. Além desta crítica, já feita por muitos, ele demonstrou ser possível conceituar de forma complexa os objetos complexos e atuar neles a partir de suas complexidades, com construído na rede de assistência em Trieste.

Pelo alcance, profundidade e complexidade das transformações operadas em Trieste, esta tornou-se uma referência mundial e tem colaborado com muitos países na elaboração de políticas nacionais de saúde mental ou de experiências locais, principalmente por meio do intercâmbio entre profissionais e do voluntariado, como já apontamos.

Basaglia e outros profissionais de Trieste estiveram várias vezes no Brasil e muitos brasileiros foram para lá estudar, pesquisar ou serem voluntários. Estes intercâmbios tiveram e têm profunda influência no processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil e na construção de pensamento crítico sobre o sofrimento psíquico e as instituições psiquiátricas.

Para finalizar este capítulo, apresentamos um quadro síntese com os principais vetores dos movimentos da Reforma Psiquiátrica tratados neste capítulo, sobre as relações entre o processo de trabalho em equipe e assistência aos usuários e destes com o território.

Quadro 01 – Síntese Vetores Reforma Psiquiátrica

	Papel da instituição psiquiátrica	Assistência e processo de trabalho em equipe	Relação com o território
Psicoterapia Institucional Saint Alban	Proteção e passagem	<ul style="list-style-type: none"> - Equipe: ponte aos usuários para a comunidade - Produção do Coletivo - Valorização da assistência não profissional - Permanente questionamento das práticas e rotinas institucionais - Diferença e multiplicidade produz cura 	Porosidade e atravessamento
Psicoterapia Institucional La Borde	Proteção	<ul style="list-style-type: none"> - Produção de mediações - Produção do Coletivo - Ambiência - Grade - Transversalidade - Diferença e multiplicidade produz cura - Permanente questionamento das práticas e rotinas institucionais 	Parcerias
Comunidade Terapêutica Inglesa	Proteção, ressocialização e passagem	<ul style="list-style-type: none"> - Reabilitação ativa - Democratização das relações - Comunalismo - Ressocialização - Produção de uma microssociedade - Pedagogia Social 	Separação
Psiquiatria Italiana Trieste	<ul style="list-style-type: none"> -Negação -Desinstitucionalização 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidado produzido nos encontros - Responsabilização da equipe pelo território sanitário e vinculação da equipe ao território - Desespecialização do cuidado - Multiplicidade das relações sociais do território -Existência-sofrimento - Produção de rede de assistência - Equipe: trabalho “junto” e de forma colaborativa - Valorização e alargamento do comum - Voluntariado social - Permanente questionamento das práticas e rotinas institucionais 	Inserção e permeabilidade

Como vimos com esta breve história do dispositivo equipe e com a presença da equipe como elemento estratégico nas políticas de saúde mental brasileira, o dispositivo equipe mostra-se uma forma legitimada de organização do trabalho em saúde. Esta organização do processo de trabalho tem se valido também dos debates no campo epistemológico sobre multi/inter/transdisciplinaridade. Este vasto debate tem contribuído para traçar linhas importantes de distinção e apresentaremos como algumas delas têm sido debatidas, no entre profissões no campo da assistência à saúde, por profissionais e pesquisadores do Brasil que trataremos no próximo capítulo.

CAPÍTULO II – O ENTRE PROFISSÕES – DERIVAS BRASILEIRAS

As experiências marcantes no processo de Reforma Psiquiátrica no mundo, que apresentamos no capítulo anterior, trazem como um dos principais aspectos a necessidade da articulação entre a integralidade do cuidado com a diversidade da assistência, para dar conta da complexidade do cuidado em saúde mental e da integração social de seus usuários.

Como apresentamos na introdução deste trabalho a Reforma Psiquiátrica no Brasil na perspectiva da Atenção Psicossocial é tributária deste processo histórico e, ao mesmo tempo, das práticas e contribuições locais. Em uma das suas quatro dimensões – a técnico-assistencial – coloca a centralidade e importância do trabalho em equipe para a intervenção, invenção e produção dos cuidados ao sofrimento psíquico e à promoção de saúde.

A partir e ao lado destas questões e influências profissionais e pesquisadores do Brasil têm trazido reflexões e práticas para o entendimento do processo de trabalho em equipe em saúde e suas formas de organização. Estas foram forjadas a partir das tensões, conflitos, embates, possibilidades e criações resultantes das alterações provocadas pela Reforma Sanitária e Psiquiátrica no país no cotidiano dos serviços de saúde e na formação dos profissionais. Estas reflexões podem ser agrupadas em dois eixos principais que se interpenetram. Um deles vai da crítica as fronteiras disciplinares e profissionais à proposta de desdisciplinarização e produção de um entre profissional. A outra traz a importância da dimensão do cuidado em saúde, entendido como encontro centrado no usuário e da necessidade, para tanto, da articulação e apoio entre os serviços de assistência. Ressaltamos que as reflexões que estes autores trazem podem ser tomadas como conceito-ferramentas. Deste modo, podem ser utilizados para análises, reflexões e críticas sobre os processos de trabalhos em equipe e, ao mesmo tempo, como ferramentas para produção de alterações nestes espaços.

Apresentaremos nesta parte do trabalho as contribuições de Alexandre Henz, Maurício Garcia, Samira Costa e Viviane Maximino (2013), Eduardo Passos e Regina Barros (2000), Passos (2013), Emerson Merhy (2005, 2013a, 2013b), Gastão Campos (1999, 2000), Campos e Ana Domitti (2007) e Ricardo Ceccim (2013).

2.1) Tensões nas Disciplinaridades e Profissões no Cuidado em Saúde

Campos (1997) afirma que, para se garantir qualidade no cuidado à saúde, é necessária uma combinação de autonomia e definição de responsabilidades dos trabalhadores, mas afirma que mesmo assim surgem antagonismos: é possível operar serviços e sistemas de saúde sem certo grau de controle institucional? Como combinar liberdade com controle e trabalho autônomo com atribuição de responsabilidade?

Sobre a questão da especialização e polivalência das equipes de saúde, afirma que o aumento dessa especialização parece ter diminuído a capacidade de resolver problemas e aumentado a alienação dos profissionais em relação ao resultado de suas práticas. Quanto mais cada profissional se encarrega de uma parte do cuidado, dilui-se a responsabilidade pelo resultado geral do tratamento. Isso tem gerado custos crescentes na assistência, o prolongamento dos atendimentos e levado a perda da eficácia dos atendimentos na saúde pública devido à diminuição das capacidades das ações assistenciais dos profissionais.

Afirma ainda que as formas contemporâneas para resolver o conflito polivalência-especialização ou têm sido ingênuas ou não têm demonstrado efetividade. Algumas defendem a retomada de generalistas entre os profissionais de saúde; outras, a constituição de equipes multiprofissionais, acreditando que vão compensar a desresponsabilização e fragmentação que o especialismo tem criado. Coloca que é necessário serem criadas ou utilizadas ferramentas conceituais e operacionais para possibilitar outros padrões de gerenciamentos dos processos de trabalho na saúde.

Merhy (2005) coloca que o paradigma de cuidado em saúde hegemônico considera o usuário como um portador de necessidade/fragmento - como um objeto, um corpo ou partes com problemas biológicos, sem subjetividade ou vontades, fragmentado. Neste sentido, as quatorze profissões universitárias da área da saúde, no Brasil, procuram se distinguir entre si pelo núcleo profissional, no qual definem seus saberes, seus objetos e as suas finalidades enquanto produtores de atos de saúde específicos. Neste paradigma estas profissões e suas disciplinaridades fazem com que o usuário seja mais fragmentado ainda, pois será visto como um objeto suporte para a produção de um ato de saúde centrado nos profissionais e procedimentos. Dentro deste tipo de cuidado, mesmo que sejam somados todos os olhares profissionais, não se consegue chegar ao outro como quem também olha, tem desejos, vontades, intenções e um mundo de necessidades interligadas e complexas de cuidado e de ser escutado, vinculado e de cidadania. Estas vão muito além do sofrimento corporal, dos núcleos profissionais e suas tecnologias.

Este autor coloca que se olharmos esta situação de outro lugar – o do usuário – suas necessidades não podem ser plenamente capturadas pelas práticas profissionais centradas e a elas extrapolam. Defende então que no ato de cuidar o trabalhador de saúde, para dar conta de do que está posto no seu encontro com um usuário e seu cuidado, deve mobilizar as ações de uma tecnologia que geralmente não é considerada neste processo, a do núcleo cuidador, que considerara como o mais importante a dimensão cuidadora das práticas de saúde.

Neste entendimento, Henz, Garcia, Costa e Maximino (2013) colocam que as situações do cotidiano atravessam, sem constrangimentos, as fronteiras disciplinares e profissionais em todos os campos inclusive na saúde. Pela formação e práticas profissionais as identidades e diferenças disciplinares são interiorizadas e naturalizadas nos profissionais que delas se ocupam, produzindo saberes técnicos que muitas vezes são como um anteparo de proteção das especialidades e profissões, criando demarcações entre o comum e o específico e criando uma proteção para a existência das profissões. Essa interiorização e demarcação de fronteiras é o que pode produzir nos profissionais da saúde, quando no encontro com objetos complexos e suas problemáticas, desorientação e que faça que mesmo com pouca resolutividade, que insistam em práticas assistenciais profissionais-centradas, fragmentadas, apoiadas nos especialismos e tomando o usuário da saúde como objeto.

Passos (2013) define como plano da experiência da clínica em saúde como aquele que se realiza por entre os domínios do conhecimento. Coloca que a clínica que produz saúde e subjetividade se faz por um caminhar:

[...] a clínica não pode cumprir sua tarefa sem colocar-se, ela mesma, em questão, analisando-se enquanto lugar determinado e fora do tempo, enquanto especialismo disciplinar. Nesse sentido, a aventura da clínica é sempre transdisciplinar, estando nos trânsitos por entre as disciplinas, nas interfaces com a filosofia, com a arte, com a política, com as ciências (PASSOS, 2013, p. 217-218).

Entende assim que a clínica não se sustenta em um especialismo, apesar da necessidade de haver especificidades nela. É próprio da clínica um saber-fazer (*khow how*) que vai além dos limites de qualquer *setting*, o saber que se faz na experiência, no imediato e sem distância. Não é, portanto, o saber-o-que-deve-ser-feito (*know what*) das técnicas, dos procedimentos e protocolos aplicados pelo profissional, que não conseguem abarcar todas as possibilidades de cuidado de cada situação. Na clínica, refere que acompanhamos processos e movimentos. Nesse encontro, entre os participantes de tal relação, algo se passa, é neste entre-dois, neste meio da relação, nesse não lugar que a experiência clínica está. Neste

entendimento, acompanhar clinicamente um movimento pressupõe ter um saber-fazer sobre como este é construído na experiência. Afirmado o caráter transdisciplinar da experiência e da formação em clínica, coloca como necessário a invenção de outras formas de cuidado e de relação com a realidade, não tendo sentido distinções entre produção de saúde e produção de subjetividade²¹.

Ceccim (2013) traz que cada profissão da saúde segue um corte disciplinar, que estrutura seus projetos de formação e de trabalho de modo compartimentado e parcialista, pela exigência de constituição de um campo de formação e de prática. Apesar da multiprofissionalidade e da prática terapêutica, coloca que aquilo que define o profissional de saúde é sua habilitação para realizar práticas terapêuticas, tomadas como auxílio que habilite o usuário para a cura, para autonomia e qualidade de vida. Assim, todo profissional de saúde deve ter recursos e instrumentos de intervenção clínica que são os atos de tratar, cuidar e escutar.

Afirma ainda que para realizar tal terapêutica o profissional necessita se orientar pela integralidade, a qual busca responder a complexidade da clínica e suas práticas, mas que por outro lado, demonstra a impossibilidade de que cada ato, profissão ou especialidade possa corresponder a todos os aspectos envolvidos no adoecimento. Desta forma, um projeto terapêutico da integralidade e resolutividade é mais complexo, mesmo quando se soma as diversas profissões e as especialidades de cada uma delas. Também não há possibilidade de cada ação profissional possa corresponder a todos os aspectos envolvidos na experiência concreta de adoecimentos e sentimentos da vida do usuário.

Para tentar solucionar os impasses e tensões da complexidade e integralidade do cuidado em saúde, das fronteiras e limites disciplinares e profissionais, apontadas por estes autores acima, têm sido utilizados alguns entendimentos.

2.2) Modulações Multi/Inter/Trans/In-Disciplinares

Passos (2013) aponta que tem sido utilizado como tentativa de resposta a problemática da articulação com a diversidade do cuidado em saúde e as identidades disciplinares das profissões, modulações nas práticas disciplinares como a multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade.

²¹ Conforme nota de rodapé 2, página 03.

Segundo a já clássica definição de Japiassu (1976), multidisciplinaridade é a junção simultânea de disciplinas diversas sem a existência de inter-relação e cooperação entre elas, conservando entre si os limites e configurando-se em ações com objetivos múltiplos.

Passos (2013) acrescenta que a multidisciplinaridade é um arranjo para trazer contribuições à complexidade de um objeto ou situação, representando um primeiro movimento em direção à superação do isolamento dos territórios disciplinares. Tenta-se compreender esse objeto complexo como um geometral (figura de projeção de um sólido no plano), cujas faces de seu multifaciamento são endereçadas ao atendimento por quantos profissionais da equipe forem necessários. Para enfrentar a complexidade, vale-se da sobreposição do cuidado, que é realizada pelos profissionais individualmente em cada uma das faces desse objeto. Mas, mesmo com esta intenção, este autor e Ceccim (2013) afirmam que o arranjo multidisciplinar não provoca modificações no saber disciplinar de cada profissional, nem no sentido do objeto e não altera a relação sujeito do conhecimento/objeto de conhecimento.

Já a interdisciplinaridade é definida por Japiassu (1976) como um campo no qual um grupo de disciplinas se conecta e se inter-relaciona com a finalidade e coordenação por meio de intensa troca e integração entre si. Essa conexão conduz à criação de outros campos de saberes e à horizontalização das relações de poder entre os campos envolvidos.

Passos e Barros (2000) e Passos (2013) completam interdisciplinaridade como uma modulação da multidisciplinaridade, um modo de aproximar as disciplinas para a compreensão da complexidade e gerar entre elas uma zona de interseção, um espaço de conjugação de dois domínios para a constituição de um terceiro, de uma nova identidade. Esse movimento interdisciplinar produz a multiplicação dos territórios disciplinares, a partir dos quais se instituem outros, com sujeitos e objetos próprios. Os autores exemplificam isso com a interseção entre a Psicologia e a Pedagogia que gerou a Psicopedagogia.

Apesar dos esforços para tornar maleáveis as fronteiras disciplinares do conhecimento e das técnicas, tanto Ceccim (2013) como Passos (2013) colocam que o que se conseguiu nas últimas décadas, seja pela multidisciplinaridade ou interdisciplinaridade, foi a manutenção das fronteiras disciplinares, dos objetos, dos sujeitos e dos saberes e um diálogo maior entre os profissionais, quando se identificam e estão ligados a determinados especialismos.

Uma possibilidade de se ir além das fronteiras disciplinares é a transdisciplinaridade.

Japiassu (1976) refere-se à transdisciplinaridade como a coordenação das disciplinas e interdisciplinas num sistema de níveis e objetivos múltiplos, com um intuito em comum, que implicaria a criação de outro sistema sem fronteiras entre tais disciplinas.

Passos (2013, p. 226) define transdisciplinaridade como:

[...] uma relação entre as disciplinas a partir da diferença que as une. Há uma aproximação pela distância ao se criar um efeito de perturbação entre as diferentes disciplinas. Produz-se entre as disciplinas não uma interseção, mas uma intercessão (Deleuze, 1992). Cria-se uma zona de perturbação entre uma disciplina e outra, havendo uma experiência de modificação, de alteração do território disciplinar. Não se acaba com uma disciplina nem se cria outra: é a Psicologia transformada, a Medicina transformada, a Terapia Ocupacional transformada. A função intercessora faz modular o território disciplinar, possibilita sua transformação.

Desse modo, afirma que a experiência transdisciplinar através das perturbações provocadas nos campos disciplinares cria um plano comum, transforma o sujeito e o campo de conhecimento. Assim um funcionamento transdisciplinar não substitui os saberes e as práticas nem tenta aglutiná-los numa unidade, numa homogeneidade, mas os no sentido de diversidade, de várias possibilidades e do comum como prática de, para, com, através de qualquer um. Completando este entendimento Passos e Barros (2000) afirmam que a transdisciplinaridade é uma radicalização da interdisciplinaridade e uma desterritorialização das disciplinas: interferência e intervenção por meio do atravessamento de uma sobre a outra, de nomadização das fronteiras, tornando-as instáveis, resultando na construção de um espaço de conhecimento, invenção e criação entre as disciplinas.

Neste sentido, Yasui e Costa-Rosa (2008) compreendem a transdisciplinaridade como processo de intenso diálogo entre diferentes campos do saber e do conhecimento acerca do humano e um consequente turvamento entre limites e fronteiras entre os domínios, levando a possibilidades diversas de pensar e fazer.

Estas compreensões de transdisciplinaridade estão em sintonia com o que Rodrigues (1998) chama de estratégia de caleidoscopização²², na qual o que se aplica nas disciplinas está além das multidisciplinaridades e interdisciplinaridades, mas sim pode ser chamado de desdisciplinarização ou transversalização.

Neste sentido, as práticas transdisciplinares poderiam desdisciplinar os saberes e profissões neste campo de cuidado. Deste modo, estes autores propõem que na compreensão transdisciplinar do processo de trabalho e da articulação do entre-profissional podemos criar e inventar estratégias para a assistência à complexidade do sofrimento psíquico.

²² Esta autora denomina de estética de caleidoscópio o processo no qual práticas vizinhas, como múltiplos pedaços de vidro, se movimentam e assim criam espaços vazios que outro pode ocupar, completamente ao acaso.

2.3) Entre-disciplinaridade no Processo de Trabalho em Equipe

Ceccim (2013) propõe uma estética entre-disciplinar²³ para a formação e o processo de trabalho da equipe de saúde, na qual a produção de si, do trabalho e de cada fronteira tocam outras para sua mudança, resultando em alteridade e novos saberes, surgindo então a terceira margem. Não uma terceira identidade como da interseção da interdisciplinaridade, mas a da intercessão, da interferência entre domínios, que se desestabilizam num processo de diferenciação, produzindo efeitos e subjetividade.

Esta entre-disciplinaridade propõe ser compreendida:

[...] sempre que afirmamos o trabalho multiprofissional de maneira interdisciplinar, um lugar de sensibilidade e equilíbrio metaestável, em que a prática terapêutica emergiria em clínica mestiça ou clínica nômade; em que todos os potenciais seguiriam se atualizando e o equilíbrio não seria outro que não a transformação permanente (CECCIM, 2013, p. 267).

Nela, cabe aos profissionais em suas práticas o transitar de acordo com seus saberes, tendo como guia a circunscrição do que os excede: uma zona de fronteira, uma margem virtual do entre, um local de tensão e indiscernimento que são, também, de aprendizagem e de invenção (de si, de fronteiras provisórias, da equipe e de novos espaços).

Afirmando a multiprofissionalidade como estética da ética entre-disciplinar, o autor utiliza a multiprofissionalidade como uma tomada pragmática, ou seja, a subordinação dos saberes teóricos às ações e condições da alteridade e sensibilidade das práticas, como proposta de visão aproximativa, intuitiva e sensível da complexidade dos atos de saúde.

Na tomada pragmática da clínica, para que seja prática terapêutica, é necessária a ação dos saberes, das práticas e de recortes profissionais e, ao mesmo tempo, precisa-se mobilizar uma intensa permeabilidade das fronteiras dessas conformações. A ética entre-disciplinar implica compor na equipe um sistema de práticas em aberto, de acordo com cada situação ou caso, e não uma divisão técnica, burocrática e abstrata dos processos de trabalho. Necessita também que o gerenciamento da atenção seja regulado ativamente na equipe de saúde com amplos poderes, para que possa produzir modos nômades e práticas terapêuticas mestiças.

Ceccim (2013) afirma só ser possível uma ética entre-disciplinar para o exercício entre as profissões de saúde na estética multiprofissional. A entre-disciplinaridade viabiliza a associação interdisciplinar sem subordinação ou gestor hierarquizado das ações terapêuticas, isto é, uma interdisciplinaridade sem unidade possível. Unificar a diversidade sob um

²³ Preferimos manter a grafia original de Ceccim (2013) apesar das novas regras ortográficas.

equivalente geral ou subordiná-lo a um princípio organizador destruiria a sua potência e sua pluralidade necessárias à atenção integral à saúde e seria um novo fechamento desse campo. Cabe então à estética da equipe multiprofissional gerir esse paradoxo e viabilizar a terapêutica como clínica nômade.

Continua apontando que a equipe multiprofissional como território de exposição implica o contato com a alteridade, a sensibilidade e o desenvolvimento de conhecimentos aproximativos e intuitivos nas práticas do cuidado. Assim, a entre-disciplinaridade, como área de fronteira e de intercessões das práticas disciplinares, coloca a responsabilidade e a integralidade da atenção no lugar de rotinas normativas e de segmentação técnico-burocrática do trabalho.

Tanto para a formação dos profissionais como para normas operacionais dos recursos humanos no SUS, Ceccim (2013) propõe alguns princípios: conhecer e valorizar os princípios do sistema de saúde e orientar-se por eles; respeitar o trabalho em equipe multiprofissional e pautar-se na regulação *in acto* dos atos profissionais, não em normas e modelos burocratizados; atender integralmente a saúde – considerar os usuários como atores com histórias de vida e organizar as práticas sem dicotomias entre ações de prevenção e promoção e ações de cura e reabilitação em saúde.

O autor alude ainda não ser uma utopia ou abstração, mas um desafio propor a ética entre-disciplinar à estética multiprofissional no trabalho com a saúde e sua educação, com características multiprofissionais na direção de uma ruptura com a disciplinarização hegemônica. Tal desafio é o modo como se organizam e são conduzidos cada ato profissional e os processos de trabalhos em cada equipe, numa perspectiva usuário-centrada e equipe local-centrada. Além disso, são também desafio as mudanças necessárias à perspectiva da administração e da gestão dos sistemas, dos serviços de saúde e sua racionalidade.

Assim, o autor coloca que a clínica nômade entre-disciplinar e multiprofissional:

[...] não dissocia atenção e gestão, participação dos usuários e educação permanente, trabalho e formação na intercessão da alteridade com os usuários, da exposição à equipe e da afirmação da vida. [...] interroga a atenção e a gestão sobre o acolhimento, bem como sobre o desenvolvimento da autonomia dos usuários diante de seu processo de ser saudável-adoecer-curar-se e as políticas de viabilização desse direito. (CECCIM, 2013, p. 277)

2.4) Articulação Campo e Núcleo de Competência e Responsabilidade

Campos (1997) sugere como forma enfrentar o desafio da complexidade da assistência à saúde e as questões da especialização-polivalência e responsabilização-competência dos profissionais em sua atuação, a utilização dos conceitos de Campo e Núcleo de Competência e de Responsabilidade, tanto na formação como na prática profissional.

Define Núcleo como uma aglutinação de conhecimentos, responsabilidades e compromisso com a produção de valores de uso de uma profissão ou especialidade. Marca a diferença, as singularidades e a identidade de uma área do saber e da prática profissional. Já Campo é compreendido como os saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades numa mesma equipe, como um espaço de limites imprecisos no qual cada uma delas se apoiaria nas outras para suas ações teórico-práticas. Como exemplo de Campo está o conhecimento sobre o processo saúde-doença, o funcionamento corporal, a relação profissional-paciente, as regras gerais de promoção e prevenção de saúde e os conhecimentos sobre política, organização de modelos e processo de trabalho com saúde.

Em outro trabalho, Campos se refere às relações entre Campo e Núcleo:

Tanto o núcleo quanto o campo seriam, pois, mutantes e se interinfluenciariam, não sendo possível detectarem-se limites precisos entre um e outro. Contudo, no núcleo, haveria uma aglutinação de saberes e práticas, compondo uma certa identidade profissional e disciplinar. Metaforicamente, os núcleos funcionariam em semelhança aos círculos concêntricos que se formam quando se atira um objeto em água parada. O campo seria a água e o seu contexto (CAMPOS, 2000, p. 221).

Retornando a Campos (1997), alude que os estes dois operadores poderiam substituir o papel dos protocolos e das normatizações. Ao invés de se tentar programar e prever todos os processos de trabalho imagináveis, utilizar a definição negociada de Campos e Núcleos de Competência e de Responsabilidade. Assim, preserva-se a maior autonomia para os profissionais e equipes, pois tal funcionamento abre possibilidades para novas definições e redefinições de Campo e de Núcleo para cada um deles. Não se deixaria, simultaneamente, de atribuir responsabilidades bem definidas a cada profissional e equipe em suas práticas. Por isso, coloca que tais conceitos permitem novas possibilidades nos paradoxos autonomia/responsabilidade e polivalência/especialização.

2.5) Equipe Usuário-Centrada

Ceccim (2013) defende como necessário para a mudança na formação profissional, com enfoque na afirmação da vida, o trabalho em equipes multiprofissionais numa ação mestiça, capaz de escapar ao limite disciplinar das profissões e de se expor à alteridade, sem hierarquizações e divisões técnicas ou sociais. Deve-se mudar o eixo corporativo-centrado hegemônico – no qual a responsabilidade individualmente identificada pelos atos de saúde é de cada profissional com cada ação prestada – para o eixo usuário-centrado: a responsabilidade dos profissionais pelos projetos terapêuticos dos usuários e de modo coletivo.

Sobre esta hegemonia da assistência à saúde no trabalhador, Merhy (2013b) coloca que esta chega ao ponto de fazer o usuário desaparecer na possível construção conjunta do ato cuidador, seja no cuidado médico-centrado ou profissional-centrado. Nesta forma de cuidado as dimensões tecnológicas do trabalho leve-duras (saberes e práticas profissionais) e duras (equipamentos, normas, estruturas organizacionais) são mais importantes e valorizadas do que as leve-relacionais, pois estas estão a serviço da manutenção do domínio do saber profissional na condução do cuidado em saúde.

Este autor aponta que no modelo de cuidar com centralidade no usuário, a dimensão leve-relacional do trabalho não estaria a serviço do trabalhador, mas do usuário. Assim os processos de cuidado levariam em conta as histórias de vida e as formas de compor os processos de cuidado dos usuários como centrais e fundamentais. Deste modo, as dimensões duras e leve-duras do trabalho estariam à serviço da leve-relacional e não ao contrário. Esta centralidade do cuidado no usuário exige que os trabalhadores de saúde atuem colocando em foco e discussão sua ação como trabalhador e sua subjetividade na relação com este usuário, na produção do acolhimento do outro no encontro, que é a dimensão cuidadora das práticas de saúde.

2.6) Dimensão Cuidadora das Práticas de Saúde

Merhy (2005) coloca que existem territórios de saberes e práticas do cuidado que não pertencem a nenhuma das profissões da saúde, mas as todas fazem referências. Estes criam porosidade entre as profissões entre si e entre a ação dos trabalhadores e os usuários. Este terreno é mais visível no campo das relações entre profissional-usuário e entre os

profissionais, na dimensão das tecnologias leves que operam para dar conta destes encontros e relações de alteridades com o usuário. Esta dimensão do cuidado como encontro é um núcleo tecnológico não profissional e tem a função que denomina de dimensão cuidadora das práticas de saúde. Refere ainda que as práticas nesta dimensão, graças a sua porosidade, as profissões podem se encontrar desterritorializadas e por aí o usuário pode entrar, com seu complexo mundo de necessidades que vai além das possibilidades de capturas nucleares dos profissionais.

Em outro trabalho Merhy (2013b) completa que os processos de acolhimento, presentes em qualquer tipo de encontro vivem momentos paradoxais e tensos. Quando a assistência se dirige na direção das necessidades dos usuários podem ser explicitadas as disputas de projetos que participantes destes encontros trazem, tornando visíveis estas tensões e tomando-as como elementos constitutivos do trabalho em saúde. Considera o maior valor terapêutico da produção de cuidado é sua capacidade de manter ou enriquecer as redes de conexões existenciais de alguém, e não simplesmente a remissões de sintomas, pela ideia de cura como simples recuperação das funções orgânicas. Isto leva a compreensão que o cuidado se opera na complexidade do encontro micropolítico entre trabalhador e usuário e que a produção da vida é um processo em aberto, de enriquecimento ou empobrecimento, de acordo com as conexões vitais estabelecidas com os outros.

Ceccim (2013) completa que a potência cuidadora da multiprofissionalidade é de ser um território de experimentação, de experiência profissional e ferramenta de apropriação de saberes, práticas e de transformações. Como espaço de responsabilização pelo cuidado, deve ser cenário de proteção e invenção do trabalho protegido e não campo de disputas de rivalidades corporativas e entre profissionais e usuários. As articulações entre-profissionais em um espaço de trabalho protegido e sua intercessão geram um tramado matricial e uma expansão das resolutividades individuais dos profissionais, necessários para realizar os projetos terapêuticos com a complexidade que os usuários necessitam, desindividualizando o que a disciplinaridade individualizou.

2.7) Clínica Comum

Passos (2013); de acordo com o entendimento da clínica com um movimento, com um caráter transdisciplinar e produtora de saúde e subjetividade; traz outras contribuições para este tema. Coloca que clínica neste entendimento é sempre pública, pois não podemos nos engajar inteiramente nela sem abirmos mão de nossas propriedades, nosso lugar, nossa identidade, nosso especialismo. Este é um dos desafios desta experiência que é crítica das propriedades e dos espaços, e neste sentido, só pode ser coletiva ou pública. Deste modo, só pode operar no, por, com, entre, para, através do público, uma clínica do comum.

O autor prossegue colocando que a produção do comum na clínica implica uma reversão do sentido tradicional de formação e atuação dos profissionais da saúde, assim como a alteração do padrão comunicacional nas instituições de saúde e de formação. A cultura organizacional das instituições é mantida e reproduzida devido à estabilidade do seu padrão de comunicação. Isso se faz a partir de dois eixos principais: 1) Comunicação entre os diferentes, de forma vertical e hierárquica: trabalhador/usuário, professor/aluno, pesquisador/pesquisado; 2) Comunicação entre iguais, no eixo horizontal: profissional/profissional, usuário/usuário, professor/professor, aluno/aluno.

Para alterar esse tipo de cultura organizacional, propõe um terceiro eixo transversal, o qual tem a possibilidade de produzir o embaralhamento dos códigos que mantêm a estabilidade das culturas organizacionais, misturando os da verticalidade e os da horizontalidade, modificando os padrões comunicacionais e abrindo espaço para a convivência das diferenças lado a lado. Toma a transversalidade no sentido de Guattari (2004): aumento do grau de abertura da comunicação intragrupo e intergrupo. Então nesse processo, em que o clínico e o não clínico se atravessam no eixo transversal e na prática de um método inclusivo e participativo, cria-se uma experiência do comum.

Merhy (2013a) traz de contribuição para o entendimento do comum que sua produção pode ser vista de vários lugares, inclusive muitas vezes denominado como o mais simples, como o espaço de algo que todos podem fazer e assim, não delimita o que seria o lugar de cada um. Esta compreensão pode levar a dúvidas da potência deste conceito-ferramenta. Mas justamente a potência do comum se deve ao fato de ser o lugar de qualquer um e, portanto o virtual lugar de uma multidão, do não lugar, da complexidade, da produção e da invenção.

Aponta ainda que é neste comum que se podem localizar os territórios de vizinhanças - entre-disciplinares, entre-profissionais – que podem transformar a diferença em campos de produção e não de antiprodução, como muitas vezes ocorre quando o medo do diferente se

impõe, para operar o encontro que o mundo do cuidado e do ensino supõem, rejeitando a diferença do outro nos atos de encontros.

De acordo com o até aqui apresentado sobre os entendimentos e possibilidades que estes autores trazem à complexidade do cuidado na saúde e aos processos de trabalho em equipe e a formação dos profissionais, eles propõem algumas estratégias que podem colaborar tanto nas análises/intervenções nestes processos e produzir desdisciplinarizações.

2.8) Equipe(s) de Referência e Apoio Matricial

Campos (1999) e Campos, Domitti (2007) propõem o arranjo organizacional baseado na equipe de referência e de apoio especializado matricial para o trabalho em saúde. Este teria a possibilidade de promover a valorização do vínculo terapêutico, da transdisciplinaridade dos saberes e práticas e da gestão dos serviços de saúde como dispositivos para produção de grupos sujeitos. Neste cada serviço de saúde seria organizado por equipes básicas de referência de composição multiprofissional, de acordo com os objetivos, características e disponibilidade de recursos. A clientela de um território ou de serviço seria dividida em agrupamentos sob responsabilidade das distintas equipes de referência.

Neste funcionamento seriam organizadas equipes de referências com dois, três ou mais profissionais diferentes de acordos com os objetivos e a clientela. Cada uma destas equipes seria responsável por elaborar projetos terapêuticos individuais conforme cada caso e a disponibilidade dos recursos terapêuticos disponíveis.

Estes autores colocam que a equipe de referência pretende deslocar o poder dos especialismos reforçando o poder de gestão da equipe, procurando coincidir o papel da gestão com o de unidade de produção nos serviços de saúde, passando a ser a menor unidade organizacional a equipe de referência.

O Apoio Matricial pode assumir duas modalidades. Em uma delas na mesma unidade de saúde os profissionais organizariam uma rede de serviços matriciais de apoio a(s) equipe(s) de referência. Seriam atividades de amplo alcance, com objetivo de enriquecer as práticas dos diversos projetos terapêuticos dos usuários, possibilitando atravessamentos interdisciplinares nestes e também aos trabalhadores exercitarem ações para além de seu Núcleo de competência e de acordo com seus interesses. Assim, em um serviço de saúde mental um psicólogo poderia organizar uma oficina de fotografia, uma enfermeira uma oficina de

artesanato e vários usuários participarem, independente de qual equipe de referência o profissional ou usuário estiverem vinculados (CAMPOS, 1999).

Na outra modalidade o Apoio Matricial visa assegurar retaguarda especializada a equipe(s) de referência de serviços de saúde que dele necessitem, seja como apoio assistencial e/ou técnico-pedagógico. Isto é realizado por uma equipe de Apoio Matricial ou profissional especializado em determinada área da saúde externo ao serviço que solicitou este apoio. Neste caso, na saúde mental, alguns profissionais de um CAPS poderiam ser o apoio matricial para uma equipe da Saúde da Família, seja para atendimentos conjuntos, discussões de casos, construção de projetos terapêuticos. Esta modalidade objetiva personalizar os sistemas de referência e contrarreferência entre serviços de saúde, estimular as trocas e cooperação entre profissionais especializados e as equipes de referência (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Colocam que este novo arranjo institucional altera significativamente a estrutura organizacional e possibilita formas de enfrentar os paradoxos autonomia/responsabilidade e polivalência/especialização, aliando na unidade de saúde equipes de referência e apoio matricial. Coloca-se na matriz organizacional no sentido vertical a(s) equipe(s) de referência e no sentido horizontal o apoio matricial, ambos interagindo continuamente.

Como preâmbulo para a segunda parte desta Tese, retomamos que trouxemos na introdução a importância e centralidade do trabalho em equipe na perspectiva da Atenção Psicossocial. No capítulo I, tratamos do entendimento de equipe como dispositivo e como as experiências mais emblemáticas da Reforma Psiquiátrica produziram seus processos de trabalho para a assistência e ressocialização aos seus usuários. Finalmente, neste capítulo as transversalizações realizadas pelos profissionais e pesquisadores brasileiros, a partir destas questões, que produziram reflexões e conceito-ferramentas sobre a complexidade do cuidado em saúde e as articulações com o processo de trabalho em equipe.

Com este percurso, anunciamos que como conceitos-ferramentas para o trabalho empírico no servimos da equipe como dispositivo, das articulações de Campo e Núcleo de Competência e Responsabilidade, do entre-profissional em equipe e da construção de um cuidado comum nos processos de trabalho.

CAPÍTULO III – O CENTRO DE SAÚDE MENTAL E SUA HISTÓRIA

3.1) O Centro de Saúde Mental e o Percurso da Pesquisa

O CSM está localizado em um município da região de Bauru/SP, que possui cerca de 12.800 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014), e foi inaugurado em agosto de 2011.

A escolha desse serviço para a pesquisa foi em função de ser uma Unidade Básica de Saúde que realiza atendimento especializado e exclusivo à Saúde Mental e conta com os seguintes profissionais: médicos psiquiatra e clínico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, psicólogas, assistente social e fonoaudióloga. Outro fator para escolha foi o pesquisador já ter contato com alguns desses profissionais e com o trabalho que realizavam graças à sua atuação na Equipe de Apoio Matricial Regional em Saúde Mental do Departamento Regional de Saúde de Bauru.

O primeiro contato que tivemos com o local da pesquisa foi após ter solicitado uma reunião com a equipe para apresentar a proposta deste trabalho, para depois então poder submetê-la ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Na reunião com os profissionais, apresentei a proposta da pesquisa, eles tiraram algumas dúvidas e disseram que iriam conversar com profissionais que não estavam presentes na reunião para resolverem sobre a participação na pesquisa e me comunicariam, pois sempre resolvem as coisas assim: “*É tudo conversado*”. (Diário de campo, 06/09/2013).

Neste primeiro contato senti boa receptividade e interesse dos profissionais pela proposta da pesquisa e alguns dias depois me comunicaram que concordavam em participar da pesquisa. O projeto de pesquisa foi então encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP e foi aprovada para ser iniciada em dezembro de 2013 (Anexo A).

Comecei o acompanhamento das atividades do CSM em janeiro de 2014, sendo que realizei uma entrevista com a enfermeira (também coordenadora do serviço), participei de grupos, discussões de casos e reuniões de equipe formais e informais. A partir de maio daquele mesmo ano somaram-se a isto a realização de quatro encontros com os profissionais, nos quais discutimos temas específicos.

Como forma de registro, tanto da participação nas atividades e cotidiano como dos encontros com os profissionais, utilizamos o diário de campo e gravação de áudio, para as observações, impressões, reflexões e questionamentos do pesquisador sobre o campo de pesquisa. Partes deste diário, das gravações de entrevistas e dos encontros com os

profissionais serão apresentadas ao longo deste capítulo, onde também apresentaremos as reflexões e análises que suscitaram, informando as datas que ocorreram e a atividade ou situação a que estão relacionados.

Na entrevista com a coordenadora foram tratados os temas do histórico da criação do CSM; relação deste serviço com outros setores de assistência do município; o entendimento da população e dos profissionais do município sobre Saúde Mental e suas formas de atendimento; sobre as reuniões de equipe, discussão de casos e processos de trabalho e sobre o futuro do CSM na rede de saúde do município.

Os temas para os encontros com os profissionais surgiram a partir da leitura, reflexão e discussão do pesquisador das anotações do diário de campo sobre as atividades do dia a dia do CSM com a orientadora da pesquisa. Nestes buscamos pontuar insistências que surgiram neste cotidiano e temas que poderiam ser aprofundados e servir para indagar as práticas destes profissionais. Estas insistências e as anotações do diário de campo também foram discutidos com os participantes do Grupo de Pesquisa Lógicas Institucionais e Coletivas²⁴, que sugeriram temas para os encontros com os profissionais e de atividades que poderiam ser empregadas para suscitar a discussão nesta atividade. Os encontros a serem realizados com os profissionais do CSM foram: Linha do Tempo da criação do serviço, o Comum e o Específico no cotidiano do trabalho, as Rotinas dos profissionais e o sobre processo de Discussão de Caso e articulação com os outros setores do município.

No Encontro sobre a Linha do Tempo, realizado em maio de 2014, teve a finalidade de conversarmos sobre a percepção dos profissionais sobre a história do CSM. Inicialmente solicitei que falassem o que estavam realizando profissionalmente quando o serviço foi inaugurado e quais as expectativas que tinham quando foram trabalhar lá. Em seguida propus que elaborassem uma Linha do Tempo, desde a criação do CSM até o período atual, em um cartaz (Apêndice A), e que marcassem os acontecimentos importantes, positivos e negativos, neste processo. O quadro produzido funcionou como aquecimento para as discussões sobre este tema.

O encontro sobre o Comum e o Específico na equipe foi realizado em junho de 2014. Sugeri que cada um escrevessem em uma ficha de cartolina o que consideravam práticas específicas de seu trabalho e em outra ficha o que consideravam como ações comuns a todos da equipe. Depois de escreverem, colocaram na parede as fichas (Apêndice B) e iniciamos discussão sobre as práticas específicas de cada profissão e comuns a todos no dia a dia.

²⁴ Grupo de Pesquisa do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social da PUC/SP, coordenado pela Profa. Dra. Maria Cristina Gonçalves Vicentin.

O Encontro sobre as Rotinas estava previsto para ser realizado em agosto de 2014, mas neste mesmo mês a enfermeira saiu de férias e teve uma sequência de períodos de licença-prêmio e a psicóloga também ficou de licença-saúde neste período. Só foi possível retomar a atividade com os profissionais em março de 2015. Para aquecer a discussão sobre o tema, pedi para pensassem em um dia típico e escrevessem, em uma ficha de cartolina, as atividades que realizavam, com quem, a quem se destinavam e qual a finalidade e objetivo delas. Depois pedi para que pensassem nas atividades que escreveram e que destacassem ou acrescentassem aquelas que consideravam inúteis – que não estava relacionadas diretamente ao atendimento dos usuários e seus familiares. Em seguida conversamos sobre as rotinas de trabalho e como se articulam como o específico e o comum dos profissionais e com a rede de assistência aos usuários do município. No final desta atividade fiz a proposta que para o próximo encontro trouxessem o caso de usuário no qual a articulação entre os profissionais do CSM e com os outros serviços do município foi frutífera e desta forma levou a bons resultados para o cuidado do usuário.

O encontro sobre Discussão de Caso e Rede de Atendimento do município foi realizado em abril de 2015. O caso que trouxeram para discussão foi de um adolescente que fazia tratamento com eles, mas que a partir de uma tensão entre o CSM, Conselho Tutelar e a sua mãe, produziram-se mudanças nas estratégias e efeitos do cuidado ao usuário, sua mãe e nas articulações deste com outros serviços de assistência do município.

Após a realização dos quatro encontros com os profissionais realizamos várias leituras e discussões do material produzido nestas atividades, juntamente com as anotações do diário de campo da participação do pesquisador no cotidiano do CSM.

Cabe aqui apontarmos que a partir do contato com os profissionais e das análises e reflexões sobre o material produzido, fomos percebendo que era necessário além de mapear o como esta equipe estava articulando o entre profissões e seu comum no dia a dia, também o de problematizar a necessidade desta equipe se descentrar e abrir-se ao seu território. Ou seja, de ocupar um local de protagonismo na tessitura da rede de assistência à saúde mental do município, com as tensões, resistências e possibilidades deste processo. Isto apareceu em vários momentos da pesquisa, desde os relatos da criação do CSM como nas tensões cotidianas deste com os serviços assistenciais do município. Assim, a questões do movimento da equipe em direção ao território também foram tomadas para análise.

Como metodologia para analisar as observações do cotidiano da equipe, usamos as estratégias de leitura de um coletivo em ação propostas por Fernández. A autora afirma que esse processo deve **distinguir e pontuar insistências**, fazer um traçado que ressalte os

elementos que insistem nestas produções – expressões, palavras, ações. O próprio processo de “[...] distinguir opera pontuações e provoca, dispõe, cria condições para a produção de um sentido, já que detém, situa e enuncia um ponto em um fluxo de experiência” (FERNÁNDEZ, 2008, p. 160, nossa tradução).

Concomitante ao processo de distinguir e pontuar insistências, Fernández coloca a **indagação das práticas** – o não dito, o naturalizado, aquele que está aí e não se vê presente nos ordenamentos e formas organizacionais – que é utilizada como analisadores desse imaginário, isto é, articula a distinção e a pontuação das insistências das narrativas do coletivo com a indagação das práticas que ele realiza, objetivando revelar, identificar e caracterizar as produções nas suas visibilidades e invisibilidades.

Entremado a esse processo – **distinguir e pontuar insistências e indagação das práticas** –, pretende-se criar espaço para **alojar o inesperado**: detectar as linhas de fuga que escapam ou tentam escapar do instituído, que talvez não tenham potência ou possibilidade de enunciação; práticas informais do coletivo que podem não parecer compreensíveis numa primeira aproximação, contudo poderão trazer indícios do que circula soterradamente ou tão à vista que não se pode ver nas cristalizações de sentido, operando como resíduo, como inesperado, mas fundamentais para o entendimento de como opera a singularidade deste coletivo (FERNÁNDEZ, 2008).

A partir desses referenciais, realizamos a análise das anotações do diário de campo do pesquisador, que forneceu um primeiro vislumbre das insistências produzidas nos discursos e ações da equipe. Baseados nessas primeiras aproximações, levamos temas e a proposta de indagação das práticas para ser discutidos nos encontros com a equipe e questionamos as análises/descobertas que se tornaram visíveis durante a pesquisa. Através de tais encontros, pretendemos articular as insistências surgidas pela leitura do pesquisador com as percebidas pelos participantes e propiciar o aparecimento de outras, com a indagação das práticas cotidianas, principalmente no sentido de revelar, confrontar e identificar como opera a construção e o funcionamento do dispositivo equipe e da articulação *entre* profissões no dia a dia. Tentaremos, por fim, detectar os efeitos e afetações produzidas no processo de trabalho da equipe e no cotidiano dos usuários do serviço prestado.

Utilizando as ferramentas conceituais que apontamos no capítulo anterior fomos levantando e destacando temas que surgiram em todo o material produzido ao longo deste processo, que agrupamos em duas linhas de reflexão e análise:

- a história do CSM, como seu cotidiano se organiza e suas relações com os outros setores do município.

- o fazer *entre* profissional no CSM.

3.2) O “Roxinho”:

A primeira vez que fui ao CSM foi em setembro de 2013 para uma reunião com a equipe sobre a pesquisa que pretendia realizar lá. O prédio fica no centro da cidade, em uma esquina. Do lado oposto à rua fica o Centro de Saúde, e a Santa Casa fica a três quadras dali. Por fora e por dentro as paredes são da cor roxa clara.

O prédio tem uma área central aberta, como uma varanda, e salas que circundam o centro. Há duas salas de atendimento das psicólogas, uma de atendimento da fonoaudióloga, um consultório médico, uma sala de grupo, uma da coordenadora, uma para oficinas (ao lado da sala da coordenadora) e uma cozinha.

A enfermeira, que é também a coordenadora do CSM, nos contou que antes funcionava ali um abrigo de crianças, que o prédio foi construído para essa finalidade e que pertence a uma associação filantrópica que o mantinha. Em virtude de os abrigos atualmente ter de ser casas e não mais ter estrutura de orfanatos, a Prefeitura fez um acordo com a associação mantenedora para ceder o uso do prédio, instalando nele o CSM e alugando uma casa em outro local para as crianças.

Quando conversei com essa profissional por telefone, para me ajudar a localizar o prédio, ela disse que ele era roxo. A história da cor do prédio é narrada enfaticamente:

Quando conseguimos este espaço queríamos uma cor que fosse mais saúde mental e eu sugeri roxo e a equipe topou. Mas o responsável pela reforma da Prefeitura disse que teria que ser bege. Ele não pôde ir comprar a tinta e pediu para eu ir. Não tive dúvidas! Comprei tinta roxa, como tínhamos combinado, e já pedi para os funcionários começarem a pintar o prédio logo. Quando o pessoal da Prefeitura percebeu, o prédio já estava roxo por fora. Mas todos acabaram gostando e a população acabou apelidando de roxo, roxinho”. (Diário de campo, 06/09/2013).

Segundo a enfermeira, a equipe considera isso uma vitória, pois conseguiu levar à frente a proposta e criar um espaço que não tinha a cor dos outros serviços de saúde, que geralmente é branca, verde ou bege. Além disso, a equipe queria que o prédio fosse acolhedor

e já marcasse fisicamente uma diferença em relação aos outros serviços de saúde do município.

- Uma Pré-história que Implica o Pesquisador

A constituição do roxinho contou com o apoio da Equipe de Apoio Matricial Regional em Saúde Mental do Departamento Regional de Saúde de Bauru Matricial, da qual fazia parte este pesquisador, como descrito na introdução deste trabalho. Ela foi criada em 2010 com a finalidade de assessorar os municípios daquela região, principalmente os que não possuíam ambulatórios de saúde mental ou CAPS, para implantação ou aprimoramento das ações de Saúde Mental. Também de oferecer subsídios para que estes pudessem oferecer Apoio Matricial em saúde mental aos serviços de saúde de seu município.

Estas ações da Equipe Matricial pretendiam que os municípios daquela regional criassem ou fortalecessem as ações de saúde mental na Atenção Básica à Saúde, de acordo com as orientações do Ministério da Saúde (2003). Este propunha que em todos os municípios a saúde mental deveria ser realizada em uma rede de cuidados à saúde, incluindo tanto os serviços de saúde da Atenção Básica como os especializados (CAPS, ambulatório de saúde mental) e outros serviços de assistência social, profissional e educacional do município. Outra orientação seguida pela Equipe Matricial foi a do Pacto pela Saúde de 2006 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a). Este, entre outras coisas, chamava à responsabilidade os gestores municipais para garantir a integralidade das ações de saúde, sejam as de assistência, as de prevenção e promoção da saúde, incluindo as relativas a cuidado em saúde mental.

Assim, fui um participante deste processo de mobilizar os municípios da região para as ações de saúde mental na Atenção Básica e a construção de redes de assistência em saúde/saúde mental nestes locais. Uma das estratégias desta Equipe Matricial foi realizar reuniões com os profissionais e gestores da saúde dos municípios para conhecer a realidade, potencialidades e dificuldades de cada um destes municípios e poder pensar junto com estas equipes a implantação ou melhoria do cuidado em Saúde Mental.

Foi em uma destas reuniões do município com a Equipe Matricial, em 2010, que conheci alguns profissionais que agora atuam no CSM, o trabalho que realizavam no Centro de Saúde e a proposta que tinham de criação de um serviço específico para atendimento em saúde mental.

Realizamos duas reuniões com a coordenadora de saúde e os profissionais, nas quais apresentaram um projeto de uma Unidade Básica de Saúde que realizaria atendimento exclusivo em saúde mental, pois com o número de habitantes do município não era possível a criação de um CAPS. Este modelo era baseado nas propostas de equipes mínimas de saúde mental ou de Centros de Saúde Mental, como apontado na introdução desta pesquisa. Esta proposta foi aprovada pelo Departamento Regional de Saúde e o município ficou de viabilizar um espaço para a criação deste serviço. Somente voltei a ter contato com os profissionais quando solicitamos a realização desta pesquisa em 2013.

- Antecedentes do Roxinho

Antes da criação do CSM, em 2011, todo atendimento em Saúde Mental do município era realizado no Centro de Saúde:

Só tinha um Centro de Saúde na época e o médico prescritor. Só ele que era específico da saúde mental. Tinha também uma psicóloga, mas ela ficava com a parte das avaliações escolares, a parte infantil [...]. Quando necessitava de atendimento mais especializado encaminhava para outro município, marcava e era avaliado lá [...]. Era só o Centro de Saúde para tudo na cidade, então lá tinha que atender pediatria, ginecologia, clínica geral e saúde mental. (Entrevista com enfermeira, 07/01/2014).

Por volta de 2010 esta prática começa a se alterar, principalmente devido às orientações do Departamento Regional de Saúde, como já apontado:

Cada município tinha que atender os seus pacientes, por orientação do Departamento Regional de Saúde, também fui observando que na cidade os quadros de alcoolismo era uma proporção muito grande [...]. Aí se cogitou a ideia de contratar um psiquiatra para se estruturar a saúde mental. Só que a nossa unidade fisicamente era pequena. Então era assim, dia de atendimento do psiquiatra tinha também os outros profissionais, tinha as outras consultas e não tinha espaço para fazer grupo. (Entrevista com enfermeira, 07/01/2014).

De acordo com a enfermeira, uma das dificuldades do atendimento em saúde mental no Centro de Saúde era o preconceito por parte dos próprios profissionais:

Naquela época como hoje ainda é um preconceito muito grande, na época muito mais, principalmente com alcoolista e dependente de drogas, era muito difícil, tinha muita resistência. Dependendo da

pessoa que chegava (na UBS) falavam: este é do fulano. Sabe esta coisa do paciente é seu, não é nosso, é da saúde mental. Mas isto tem até hoje. [...] Não tinha como fazer articulações, mesmo nos outros programas não tinha articulação e atividades conjuntas entre eles. Além disto, tinha que tentar montar o horário do psiquiatra não batendo com as outras consultas. No dia que o pediatra estava atendendo crianças não podia ter saúde mental, também não no dia que tinha gestante. (Entrevista com enfermeira, 07/01/2014).

Os principais motivos para a criação do CSM, para a profissional, foram o aumento da demanda de atendimentos à saúde mental no Centro de Saúde, a dificuldade de espaço físico para realizar atividades, a resistência de parte dos profissionais em relação à saúde mental e a sobrecarga de trabalho para ela e para a psicóloga, pois ambas atendiam, além de seus pacientes, outras demandas do serviço de saúde. A enfermeira e a psicóloga aproveitaram, também, para criar esse novo serviço de atendimento num momento político favorável ao município:

Então eu comecei a plantar aquela sementinha: gente vamos arrumar um local, vamos transferir, vamos montar um serviço. [...] Eu a psicóloga montamos um projeto, apresentamos para o coordenador de saúde e em agosto de 2011 começou o atendimento no CSM. Juntamos isto com a parte política e aproveitamos o embalo. [...] O prefeito sempre gostou de novos serviços, novos programas e aproveitamos o embalo, pois ele tinha este interesse [...]. (Entrevista com enfermeira, 07/01/2014).

Outras razões que foram relatadas para a criação do CSM em um dos encontros com os profissionais foram: “necessidade de atendimento diferenciado, necessidade de organização do serviço de saúde mental do município e sensibilizar a política municipal para atendimento da dependência química” (Diário de campo, encontro com os profissionais – Linha do Tempo, 16/05/2014).

Com a criação do CSM, em 2011, os profissionais que passaram a compor a equipe foram os que já atuavam no Centro de Saúde com as demandas de saúde mental: o médico clínico e o psiquiatra, a enfermeira e a psicóloga, as quais passaram, então, a atender exclusivamente os usuários da saúde mental.

Cumprе destacar que a coordenadoria municipal de saúde disponibilizou a inserção de mais uma psicóloga e uma auxiliar de enfermagem na equipe do CSM. Segundo a enfermeira, a equipe pôde escolher e convidar as profissionais. A psicóloga foi escolhida por estar disposta a atuar na saúde mental, e a auxiliar de enfermagem já era conhecida pela enfermeira por terem trabalhado juntas no Pronto Atendimento do município.

Chama a atenção que o principal motivo para a escolha destas profissionais foi a proximidade existente entre elas, seja por identificação com este trabalho em saúde mental e pela experiência do trabalho conjunto. Isto fortaleceu e organizou a equipe nascente, em contraposição à falta de receptividade a este campo e ao trabalho mais setorizado no Centro de Saúde.

No entanto, a entrada da fonoaudióloga na equipe se deu de forma diferente. Ela atuava no Centro de Saúde, fazendo a avaliação e o acompanhamento de crianças cuja maioria apresentava dificuldade de aprendizagem. Além do fator proximidade supracitado, também a decisão para essa profissional passar a atuar no CSM partiu da direção do serviço de saúde. Nas palavras da fonoaudióloga:

Um ano depois da inauguração do CSM, fui “convidada” a vir para cá. A direção do Centro de Saúde falou para mim que no outro dia eu iria passar a atender no CSM, pois precisavam da sala que eu utilizava para instalar um consultório dentário. Já conhecia e tinha um bom contato com os profissionais da saúde mental, mais foi pela falta de espaço que comecei a atender as crianças aqui. No começo não conhecia quase nada de saúde mental e atendia somente os casos que já acompanhava, depois foi fazendo atividades e atendimentos conjuntos, principalmente com as psicólogas e com crianças e adolescentes”. (Diário de campo, Encontro com os profissionais - Linha do Tempo, 16/05/2014).

Além disso, a inserção recente da assistente social foi resultado de reivindicações da equipe à coordenação de saúde, pois desde a criação do CSM havia a necessidade dessa profissional. Em 2012, houve duas assistentes sociais que, uma vez por semana, davam plantão para questões específicas da área. Depois disso, por falta de apoio dos gestores municipais, a equipe não contou mais com esse plantão; no entanto, com a atual coordenadora de saúde, foi concedida uma vaga temporária (de um ano) para uma assistente social. No início de 2014, foi realizado um processo seletivo, com a participação da enfermeira do CSM, e foi escolhida entre as candidatas a que tinha mais experiência em saúde mental.

Vale ressaltar que um dos momentos de maior tensão na relação entre os profissionais foi provocado pela entrada de duas trabalhadoras, que não foram escolhidas pela equipe, em 2012. Na época, pela mudança na gestão municipal, as unidades de saúde, inclusive o CSM, tiveram que funcionar das 7 às 19 horas. Por isso, foram inseridas mais uma enfermeira e uma auxiliar de enfermagem, todavia sem a participação da equipe nessa escolha. Em um dos relatos sobre o episódio:

“Elas não tinham disponibilidade para trabalhar em conjunto com os outros, quando muito, faziam somente as funções delas”.

“Ninguém queria trabalhar com elas, pois qualquer lugar que iam não conseguiam trabalhar junto com os outros”.

“[...] Mas como não conseguiam trabalhar em equipe, colocamos elas para correr, a situação ficou insustentável”. (Diário de campo, Encontro com os Profissionais - Comum e Específico, 27/06/2014).

O efeito que essa tensão provocou nos profissionais os levou a unir esforços e reivindicar ao coordenador de saúde que retirasse as duas funcionárias do CSM. Tal ato enfatiza e valoriza o fazer comum, da equipe, que estava sendo construído no dia a dia com as práticas e com esforço para que pudesse ser ampliado e consolidado no CSM.

Outros pontos importantes que marcaram a trajetória do Centro, trazidos pelos profissionais, foram a reunião realizada com outros setores do município, em 2012, e a volta, em 2013, do apoio da coordenação de saúde para as atividades. Nas palavras de uma das profissionais:

Psicóloga: “Para mim a reunião que fizemos com os outros setores do município em 2012 foi muito importante: pudemos falar sobre os serviços que fazíamos, como deveriam fazer para encaminhar para nós e também pudemos articular algumas ações conjuntas. [...] Lembrei que quando inauguramos não tínhamos telefone nem fax e que esta reunião foi importante, porque pudemos fazer reivindicações, pois também estava presente o coordenador de saúde do município”. (Diário de campo, encontro com os profissionais, Linha do Tempo, 16/05/2014).

Em 2013, houve mudança na coordenação de saúde municipal e a nova titular deu mais apoio para a realização das atividades do CSM, o que tem ocorrido até então. Um dos resultados desse apoio foi a disponibilização de verba regular para compra de materiais artísticos e artesanais para as oficinas terapêuticas e outros grupos que também as realizam. Isso fez com que se expandissem tais atividades e sua realização fosse mais assídua. Foi graças a esse maior apoio que pôde ser viabilizada a contratação da assistente social para o CSM, como já referido. Esse ponto traz à tona a sensibilidade dos serviços de saúde ao entendimento do gestor municipal em relação às finalidades, às atividades e à função deles na rede de atendimento do município, o que pode resultar em maior ou menor apoio ou ingerência nas atividades que realizam.

Tal questão foi também levantada por Luzio (2003) nas ressonâncias do processo de Reforma Psiquiátrica em pequenos e médios municípios. Ele afirma que as constantes trocas dos gestores municipais aliadas à falta de conhecimento e compromisso com as políticas de

saúde do SUS trazem consequências como a precarização e a fragilidade da organização dos serviços de saúde, de uma rede de atendimento à saúde mental e até mesmo da busca dos recursos para efetivação.

Desse modo, nos momentos em que a equipe do CSM teve maior apoio da gestão municipal houve maiores espaço, motivação e incentivo para realizar as atividades, além de mais organização da rede de atendimento à saúde mental do município e da superação das dificuldades que se apresentassem no processo. Contudo, nos momentos em que os profissionais não tiveram essas possibilidades, ficaram limitados, o que gerou impotência.

Em síntese, o atendimento à saúde mental do município foi realizado até julho de 2011 no Centro de Saúde e depois passou a ser realizado no CSM, espaço exclusivo para isso. O atendimento no Centro de Saúde era centralizado nas consultas com o único médico clínico que atendia os usuários com o diagnóstico de saúde mental e nos atendimentos com a única psicóloga do Centro de Saúde. As maiores demandas, conforme relataram os profissionais, eram as de queixas escolares e as de alterações de comportamento.

A escola como maior provedora de demanda para atendimento em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde já foi apontado por outras pesquisas e parece que isto tem se mantido em muitos municípios. As escolas acabam encaminhando para os serviços de saúde as crianças trabalhosas e com as quais tem mais dificuldade de efetuar seu trabalho (Boarini, 1996; Ferreira Neto, 2008).

Cumpram ressaltar que, a partir de 2010, somou-se ao atendimento do Centro de Saúde um médico psiquiatra. O atendimento dos adultos era feito através da avaliação e seu seguimento com o médico clínico ou psiquiatra. Alguns poucos casos eram atendidos pela psicóloga em psicoterapia. Além disso, praticamente todas as crianças eram atendidas pela psicóloga e grande parte delas também era acompanhada pelo médico clínico ou psiquiatra. Quando havia outras demandas ou casos mais graves, eram encaminhados a outro município próximo que possuía equipe especializada em saúde mental e era referência regional para o atendimento de casos moderados e/ou graves.

Nesse relato, ficam claras as dificuldades dos profissionais do Centro de Saúde em relação aos usuários da saúde mental e também em partilharem o atendimento. Os quatro profissionais que o realizavam tinham dificuldades para transversalizar as ações, envolver os outros profissionais do serviço de saúde e com eles partilhar o cuidado.

Mesmo nos pequenos municípios ainda permanece com muita força o distanciamento e as dificuldades de acolhida dos profissionais da saúde em relação aos usuários, demandas e atendimento de saúde mental. Como afirma Luzio (2003) no pequeno município que

pesquisou, muitos profissionais de saúde reproduziam a visão de parte da população sobre o sofrimento mental e seu cuidado: como uma doença desconhecida, somente do organismo do indivíduo e associada a anormalidade, descontrole, desequilíbrio, agressividade e perigo. Neste sentido, o cuidado a este sofrimento é da ordem do modelo biomédico, mas pela sua especificidade, necessita de um atendimento médico especializado – o do psiquiatra e das medicações psicotrópicas.

Esta autora afirma ainda que essa concepção da população e dos próprios profissionais leva à estigmatização dos usuários da saúde mental que também é transferida ao próprio serviço de atendimento, visto igualmente como um lugar perigoso, pois é povoado por pessoas descontroladas. Isso também dificulta uma maior integração entre os profissionais que atuam na saúde mental com os outros da saúde, assim como com os outros setores de assistência do município, levando à dificuldade de ações intersetoriais.

Assim, questões – como o aumento da procura de atendimentos nesse segmento, a falta de apoio dos outros profissionais do serviço, a falta de espaço e a sobrecarga de trabalho – vividas pelos profissionais, que então atuavam na saúde mental do Centro de Saúde, os levaram a um impasse. A solução encontrada foi a ruptura da saúde mental com o Centro de Saúde e a criação de outro serviço na área no município, o CSM.

Como foi elucidado, o Centro de Saúde, diante do aumento dos atendimentos à saúde mental – cuja causa foi a ampliação da sua oferta – restringiu estes espaços. Tal movimento é um importante analisador do lugar dado pelo Centro de Saúde às demandas de saúde mental, sugerindo que não era o local para os usuários. Conforme apontado, havia anteriormente pouca disponibilidade do Centro de Saúde para tais demandas, mesmo quando o número desses atendimentos era menor.

Além disso, fatores que potencializaram a criação da CSM foram os profissionais aproveitarem as condições políticas municipais favoráveis, bem como o apoio e as orientações do Departamento Regional de Saúde, conforme foi mencionado, para que o município pudesse ter maior autonomia e responsabilidade no atendimento às suas demanda de saúde mental com o novo serviço.

Eis que se indaga: poderiam ter sido criadas outras opções para o atendimento à saúde mental do município tendo em vista a tensão entre os profissionais que atuavam na saúde mental e os do Centro de Saúde? Poderiam ter sido empregadas outras estratégias e articulações, para transformar tais conflitos em possibilidades de permeabilidade das ações de saúde mental nesse Centro? Pelas condições e desejos existentes nos **profissionais** da saúde mental e a política regional de saúde, a opção que se concretizou foi a da diferenciação entre

serviço de saúde mental e o Centro de Saúde. Isso foi não só um dos principais motores para a criação da CSM, como uma marca de seu nascimento.

Assim, temos nessa criação uma situação singular: um serviço criado para atender somente usuários de saúde mental, mas que do ponto de vista técnico-administrativo é uma Unidade Básica de Saúde. O CSM parece ter nascido como um híbrido e em um espaço do indecيدido.

Conforme já mencionado na introdução, a organização das ações de saúde mental nos pequenos municípios é uma questão aberta, pois é passível de ser realizada pela Estratégia da Saúde da Família, por equipes mínimas de saúde mental, nos Centros de Saúde, e em Unidades Básicas de saúde, seja em um funcionamento também híbrido, seja em um funcionamento nos moldes de um ambulatório de saúde mental.

Desse modo, podemos pensar o CSM como um híbrido porque realiza ações simultâneas que são típicas de uma Unidade Básica de Saúde – como prevenção e promoção de saúde – e outras típicas de um Ambulatório de Saúde Mental – como o tratamento e a inserção social de seus usuários, o apoio matricial para os serviços e profissionais da Atenção Básica, ser organizador da rede de saúde mental do município e contar com uma equipe completa, atendendo exclusivamente os usuários de saúde mental.

Essa operação do CSM com dupla identidade e em um espaço do indecيدido não só nos traz questões sobre como esse serviço se constituiu, como também pode ser analisador de como a equipe organiza as práticas em seu cotidiano.

CAPÍTULO IV – ACOMPANHANDO O COTIDIANO DA EQUIPE: PRODUÇÕES E ANÁLISES

4.1) O Cotidiano do Roxinho – Entre Ambulatório e Unidade Básica de Saúde

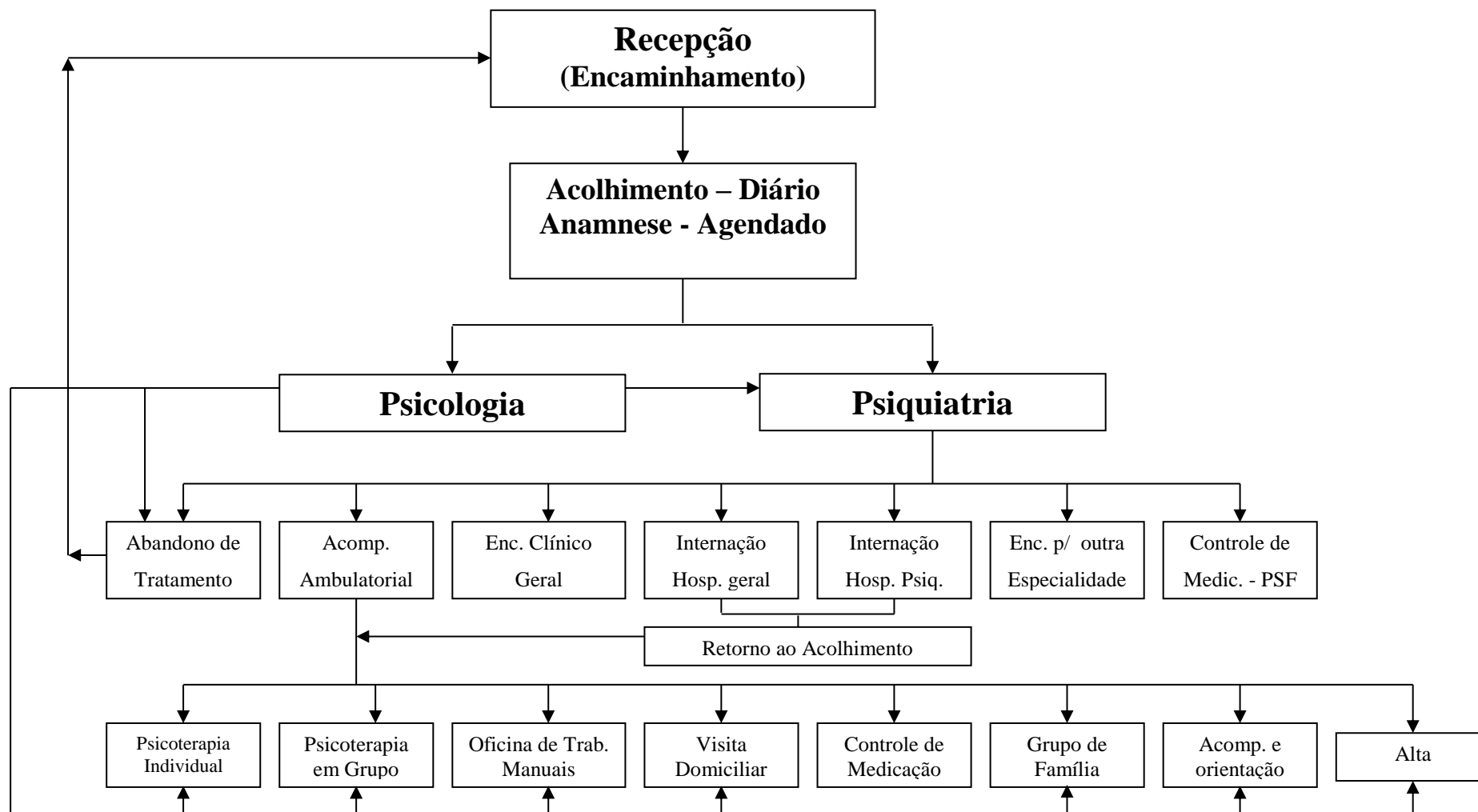
O CSM realiza atendimento de cerca de 250 pessoas, dentre adultos, adolescentes e crianças. Funciona de segunda-feira à sexta-feira, das 8h às 17h. A cidade conta também com os seguintes serviços públicos de saúde: um Centro de Saúde, três equipes da Estratégia Saúde da Família²⁵ e uma Santa Casa, na qual funciona o Pronto Atendimento Municipal.

O fluxo de atendimento do CSM (quadro 02) funciona da seguinte maneira: na maior parte das vezes, o indivíduo é encaminhado pelos serviços de saúde supracitados ou por outros órgãos do município (escolas, Centro de Referência de Assistência Social - CRAS, Conselho Tutelar). Quando chega com esse encaminhamento, ou de forma espontânea, é feito seu acolhimento: um dos profissionais (geralmente a auxiliar de enfermagem ou a enfermeira) conversa com a pessoa, verifica o encaminhamento e as questões que a levaram a buscar o atendimento, faz orientações e a encaminha a outros setores, se for o caso. Se for verificado que é possível a demanda desse indivíduo ser atendida no CSM, é agendada uma entrevista mais detalhada – a Anamnese, com a auxiliar de enfermagem, enfermeira ou a assistente social. Após essa entrevista, é marcado atendimento com o psiquiatra e/ou com a psicóloga. Depois disso, o caso é levado à reunião com a equipe para discussão dos outros atendimentos necessários ao usuário no CSM (grupos, oficinas), para encaminhamentos e parcerias com outros setores do município. Esse fluxo de atendimento é o que encontramos comumente em Ambulatórios de Saúde Mental, conforme apontam Luzio (2003) e Pinto (2007a).

Dentre as outras atividades que o CSM realiza (quadro 03) estão as grupais: grupos de orientação, psicoterápicos e oficinas terapêuticas. Elas são voltadas aos usuários crianças, adolescentes e adultos e a seus familiares conforme a problemática que apresentam: quadros neuróticos, psicóticos, de dependência química, de queixas escolares. A maioria dos grupos é semanal, outros grupos são quinzenais e alguns alteram semanalmente a participação dos usuários e a dos familiares, como o de crianças – em uma semana são as crianças e, na outra, seus familiares. Outros grupos ainda alternam com os mesmos usuários duas atividades diferentes, como com os psicóticos – grupo de orientação numa semana e, na outra, oficina terapêutica.

²⁵ As duas equipes mais recentes da Saúde da Família foram criadas a partir de 2012, utilizando parte dos profissionais e da estrutura do Centro de Saúde, em que antes era realizado o atendimento em saúde mental.

Quadro 02 - Fluxo de Atendimento CSM



Fonte: CSM, 2014

Quadro 03 - Grade atividades semanal - 2014

Manhã				Tarde	
Segunda			09:30 – 10:30 Grupo de Adolescentes (quinzenal) psicóloga	13:00 – 14:00 Grupo Dependentes Químicos enfermeira e assistente social	
Terça		08:00 – 10:00 Consultas médico clínico		13:00 – 14:00 Grupo Crianças/ Grupo Orientações para as mães (quinzenais, alternados) psicóloga	14:00 – 15:00 Grupo Adolescentes (quinzenal) psicóloga
Quarta			09:30 - 11:00 Grupo Estabilizados/Crise Subjetividade psicóloga	13:00 – 16:00 Consultas com o psiquiatra	
Quinta		08:00 – 10:00 Consultas médico clínico	09:30 – 10:30 Grupos Crianças (quinzenal) psicóloga e fonoaudióloga	13:00 – 14:00 (quinzenal) Grupo Psicóticos/ Oficina Psicóticos (alternados) enfermeira	
Sexta	07:00 – 11:00 Consultas psiquiatra			13:00 – 14:00 Reunião de Equipe/Discussão de Casos (alternadas)	14:00 – 15:00 Grupo Famílias Dependentes Químicos (quinzenal) enfermeira e assistente social

Fonte: CSM, 2014.

Além das atividades grupais, são realizadas as consultas com o médico clínico e o médico psiquiatra, bem como são feitos os atendimentos individuais ou familiares com a psicóloga, com a enfermeira, com a assistente social ou com a fonoaudióloga e as visitas domiciliares e às escolas.

A proposta que fiz à equipe era de participar do cotidiano do CSM e das atividades realizadas, as quais, como já referido, iniciei em janeiro de 2014. De acordo com a combinação com os profissionais, não acompanhei os grupos psicoterápicos com crianças,

adolescentes e adultos por serem fechados e pelo fato de minha participação poder interferir na dinâmica e nos vínculos já estabelecidos. Desse modo, os grupos que acompanhei por mais tempo foram os de dependentes químicos, o de psicóticos e participei, algumas vezes, do grupo de familiares das crianças e dos dependentes químicos.

As consultas do médico clínico e do psiquiatra são feitas individualmente. Os usuários são consultados mediante agendamento, aguardam ser chamados, são atendidos, vão à recepção e marcam retorno: *“Tinham umas oito pessoas aguardando para passar na consulta, um deles um menino [...] o psiquiatra ia chamando cada um deles pelo nome, cumprimentava, fechava a porta e consultava”*. (Diário de campo, 15/01/2014).

As consultas do psiquiatra, nos dias em que acompanhei, tiveram duração média 20 minutos. Os dois médicos atenderam, nos dias em que eu estava presente, oito a dez usuários. De acordo com os profissionais da equipe, os pacientes faltam pouco às consultas médicas, comparecendo mais do que nas outras atividades da CSM. Não presenciei atividade grupal com os usuários para discussão de medicação, com a presença dos médicos, nem os profissionais se referiram a tal atividade. Pelo relato, a avaliação médica é feita exclusivamente nas consultas individuais, ou no máximo com a presença do acompanhante ou do familiar.

Vale ressaltar que um dos aspectos da organização das atividades do CSM que me chamou atenção, logo no início, é que há um rodízio das atividades e de quem as coordena, na maior parte dos grupos. É comum encontrarmos em serviços de saúde mental atividades que são realizadas com um determinado grupo sempre pelo mesmo profissional e, na maioria das vezes, sempre do mesmo modo, com a mesma finalidade. No entanto, o CSM possui um cronograma semestral de cada um dos grupos, no qual são previstos os temas que serão tratados e quem os coordenará. Os coordenadores são os próprios profissionais ou pessoas convidadas²⁶ pela equipe, de acordo com a atividade a ser realizada, como é exemplificado nos quadros 4, 5 e 6, que trazem o planejamento do primeiro semestre de 2014 dos grupos de dependentes químicos, de crianças e de psicóticos. Essas atividades são semelhantes às de promoção e às de orientação de saúde que comumente são realizadas em Unidades Básicas de Saúde.

²⁶ Dentre as quais temos profissionais de outros setores do município, usuários ou ex-usuários, familiares ou outras pessoas da comunidade que têm vínculo com os profissionais e usuários.

Quadro 04 – Cronograma semestral - Grupo de Dependentes Químicos (semanal)

DATA	TEMA	PROFISSIONAL
10/02	Saúde	Enfermagem
17/02	Espiritualidade	Pastor C.
24/02	Desenvolvimento Pessoal	Psicologia
10/03	“Só por hoje”	M. Alcoólicos Anônimos
17/03	Saúde	Enfermagem
24/03	Desenvolvimento Pessoal	Psicologia
31/03	Espiritualidade	Pastor F.
07/04	Desenvolvimento Pessoal	Psicologia
14/04	Saúde	Enfermagem
28/04	Corpo em movimento	Fisioterapeuta (convidada)
05/05	Saúde	Enfermagem
12/05	Desenvolvimento Pessoal	Psicologia
dia 21/05 com a família (quarta- feira)	Dependência química (tolerância, compulsão, abstinência, efeitos das drogas)	Psiquiatra
26/05	Saúde	Enfermagem
02/06	Desenvolvimento Pessoal	Psicologia
09/06	Espiritualidade para enfrentar a dependência química	E. (igreja católica)
16/06	Desenvolvimento Pessoal	Psicologia
23/06	Saúde	Enfermagem
30/06	Resgate da cidadania- um olhar social	T. (Promoção Social) – convidada
07/07	Desenvolvimento Pessoal	Psicologia
**14/07 junto com família	Seresta	Músico (convidado)
21/07	Qualidade de Vida	Psicologia
28/07	Oficina de plantas	M. (convidada)

Fonte: CSM, 2014.

Quadro 05 – Cronograma semestral - Grupo de Crianças (quinzenal)

DATA	TEMA	PROFISSIONAL
13/02	Contrato terapêutico	Psicologia
27/02	Oficina de pintura	M. (convidada)
13/03	Ludoterapia	Psicologia
27/03	Saúde	Enfermagem
10/04	Tema livre	Fonoaudiologia
24/04	Espiritualidade	Aux. Enfermagem
08/05	Os jogos infantis e as regras sociais	Psicologia
22/05	Saúde	Enfermagem
05/06	Encerramento	Psicologia

Fonte: CSM, 2014.

Quadro 06 – Cronograma semestral - Grupo de Psicóticos (quinzenal)

DATA	TEMA	PROFISSIONAL
06/02	Contrato terapêutico	Psicologia
20/02	Oficina de pintura	M. (convidada)
06/03	Saúde	Enfermagem
20/03	Relacionamento interpessoal	Psicologia
03/04	Seresta	Músico (convidado)
17/04	Saúde	Enfermagem
08/05	Qualidade de vida	Psicologia
22/05	Espiritualidade	Pastor F.
05/06	Encerramento	Enfermagem

Tomando como exemplo esses grupos, pode-se notar que existem atividades específicas para cada um deles – como Saúde, Só por Hoje²⁷, Dependência Química e Desenvolvimento Pessoal e Resgate da Cidadania no Grupo de Dependentes Químicos – que são realizadas pelo coordenador do grupo, por outro profissional ou convidado. Já no Grupo de Crianças, as atividades específicas são Ludoterapia, Oficina de Pintura e Jogos Infantis e, no Grupo de Psicóticos, são Relacionamento Interpessoal, Oficina de Pintura e Qualidade de vida.

Nos grupos supracitados, ocorrem atividades que não são específicas, mas que são realizadas pelos profissionais ou por convidados em quase todos os grupos do CSM, como Espiritualidade²⁸, Saúde, Corpo em Movimento, Seresta e Oficina de Plantas.

Conforme é esclarecido na grade de atividade, tais grupos são organizados segundo o diagnóstico dos integrantes: psicótico, dependente químico, por exemplo, seguindo um padrão geralmente encontrado em Ambulatórios de Saúde Mental. No CSM, ao mesmo tempo em que há um coordenador para cada grupo, são alternadas atividades específicas e outras que não são, de acordo com o cronograma resolvido previamente. Assim, praticamente todos os profissionais têm participação em quase todos os grupos e profissionais que não são do CSM, bem como convidados, também realizam as atividades.

Nas conversas que tive com a enfermeira, a profissional se referiu às motivações e aos objetivos que levaram à organização das atividades de tal forma:

²⁷ Atividade realizada por um usuário que foi coordenador dos Alcoólicos Anônimos do município e que é realizada de acordo com os princípios de autoajuda dessa organização.

²⁸ Segundo a coordenadora do CSM, essa atividade se iniciou por solicitação dos usuários dependentes químicos. Pediram se poderiam vir pessoas das igrejas para conversar com eles nos grupos. Convidaram pessoas das igrejas do município para as reuniões e depois foram inserindo a atividade nos demais grupos. Tais pessoas trazem uma mensagem, uma reflexão com um tema religioso e, geralmente, participam representantes da Igreja Católica e das igrejas evangélicas; é feito rodízio entre elas.

Perguntei sobre como surgiu a ideia de organização das atividades. Falou: “Surgiu da necessidade. No início era somente eu e a psicóloga e fomos alternando as atividades. Depois com os outros profissionais e monitores fomos diversificando e incluindo outras atividades em cada grupo. Para quais atividades fazer nos baseamos nas que aconteciam na época em um ambulatório de saúde mental, de outro município, que conhecíamos e na minha experiência e da psicóloga que trabalhamos em hospital psiquiátrico”. (Diário de campo, 06/03/2014).

“É desta forma desde que iniciamos. Cada grupo acolhe um perfil de usuários, por exemplo, o grupo de orientação de mães. [...] O objetivo é que os profissionais tenham contato com os diversos grupos e vice-versa e também diversificar as atividades”. (Diário de campo, 04/02/14).

“Na avaliação semestral que fazemos avaliamos cada um dos grupos e quais atividades que foram boas, quais devemos manter e isto é discutido, mas não tem um projeto escrito de cada grupo ou atividade que é realizada”. Perguntei se formalmente havia um coordenador de cada grupo. “Não, mas na prática tem os profissionais que estão mais próximos de cada grupo: o de psicóticos eu, o de dependentes químicos e de familiares eu e agora também a assistente social, os grupos de crianças e adolescentes as psicólogas”. (Diário de campo, 06/03/2014).

Tal organização surgiu desde o início da criação do CSM, por um lado, como uma forma de maximizar a atuação dos profissionais para que, assim, pudessem criar diferentes grupos ainda que com poucos profissionais e, por outro, como forma de promover maior contato entre usuários e profissionais, evitando que o paciente tivesse contato somente com o coordenador da atividade e vice-versa. Portanto, mesmo quando o CSM passou a contar com mais profissionais, tal forma de organização se manteve. Apesar disso, o médico clínico não participa de nenhum dos grupos, e o psiquiatra iria participar algumas vezes no semestre de alguns deles, como o de dependentes químicos.

Cumprе destacar que essa organização das atividades nos faz lembrar, em alguns aspectos, da Grade surgida em La Borde, como apresentada no capítulo I, principalmente quando não fixa um profissional para realizar a atividade com determinado grupo, podendo coordená-la o profissional do serviço ou algum convidado. Assim, pretende-se aproveitar melhor o pessoal disponível e possibilitar uma maior interação entre os profissionais, os usuários e a comunidade. Apesar das semelhanças, tal organização das atividades do CSM parece não ter avançado consistentemente na responsabilidade coletiva dos participantes, na discussão permanente dos efeitos das atividades e como um dispositivo de transversalização da instituição. Pelos relatos, são muito pontuais as discussões sobre as atividades que serão realizadas e como serão. Também não há referências de que haja um espaço coletivo e regular

para discussão da grade de atividade, dos problemas e das propostas nem para decisões junto aos usuários, familiares e profissionais sobre o cotidiano do CSM.

Assim, questiona-se: como a organização das atividades acontece na prática? Como é percebida pelos usuários? Para tanto, apresento a seguir os grupos dos quais participei no CSM e fragmentos dessa minha participação.

O Grupo de Dependentes Químicos é realizado semanalmente e é direcionado a alcoolistas e dependentes de outras substâncias. Nas reuniões das quais participei, havia pessoas que já realizavam tratamento há bastante tempo e outras que estavam iniciando a participação no grupo. Muitas delas também frequentam ou frequentaram as atividades dos Alcoólicos Anônimos (AA) ou Narcóticos Anônimos realizadas no município:

Havia três homens e uma mulher que iam participar do grupo. [...] Durante o grupo, conduzido pela enfermeira, cada um dos participantes se apresentou e contou a história de dependência do álcool e os tratamentos que fizeram e como o de lá (no CSM) os estavam ajudando. [...] O assunto girou mais em função dos tratamentos que haviam realizado e das dificuldades de manter a abstinência, apesar de dois deles estarem há bastante tempo abstinentes.” (Diário de campo, 20/01/2014).

Eram quatro participantes, três homens e uma mulher. [...] Cada um se apresentou e falou um pouco de si. A mulher participante do grupo contou porque foi em busca de tratamento e os outros contaram sobre recaídas e importância do tratamento. Os temas foram mais sobre orientações sobre os prejuízos do álcool, evitar locais onde têm bebida. A psicóloga trabalhou mais com motivação e controlar o impulso de usar bebida com os usuários. [...] Ao final, a psicóloga pediu que cada um deles falasse sobre as expectativas para o ano de 2014.” (Diário de campo, 27/01/2014).

Neste dia tinham oito participantes. A enfermeira iniciou pedindo que se apresentassem. Em seguida chegou a fisioterapeuta, que iria realizar a atividade naquele dia - Corpo em Movimento. [...] Ela demonstrou e sugeriu que fizessem alguns alongamentos das partes do corpo, alguns não participaram, ficaram somente olhando. Esta atividade durou cerca de 15 minutos e a fisioterapeuta foi embora. Ficamos conversando sobre a atividade, se já tinham feito alongamento e como se sentiram fazendo aquela atividade. Depois o participante mais novo do grupo falou porque foi buscar tratamento. Outros falaram da importância do tratamento e que ele vai conseguir também se recuperar. Falaram também sobre as dificuldades da vida e formas de enfrentar estas dificuldades. (Diário de campo, 28/04/2014).

O grupo de familiares de dependentes químicos acontece quinzenalmente. É um espaço de acolhida para estas pessoas, de apoio e troca de experiência entre eles de como conviver com os seus familiares e a dependência química:

Estavam presentes oito participantes, seis mulheres e dois homens. Das mulheres uma delas era esposa de um usuário e as outras familiares. Dos homens, um deles era namorado e o outro pai de um usuário. [...] O tema foi da importância do apoio dos familiares para o tratamento e que muitas vezes esta percepção por parte dos dependentes é ambivalente e também a percepção dos familiares sobre a dependência química ser ou não uma doença. [...] Neste momento os temas recaídas, doença e tratamento circularam e alguns deram seus depoimentos sobre como lidam com isto e como o apoio dos familiares é importante. (Diário de campo, 21/02/2014).

Do mesmo modo, o Grupo de Orientação para Mães é realizado quinzenalmente, alternado com o Grupo de Crianças. A proposta é ser um espaço para acolhimento às mães, de troca de experiências entre elas, de apoio mútuo e também de possibilidade para elaboração de conflitos familiares e de relacionamento:

Fomos para a sala de grupo e tinham quatro mães, duas avós e uma tia que estava acompanhando uma das mães. [...] A psicóloga pediu para cada uma delas se apresentar e depois que as mães que já participavam, falassem sobre os objetivos do grupo. Uma das mães falou dos objetivos do grupo e como aquele espaço era importante para ela. A psicóloga em seguida fez mais algumas explicações sobre o funcionamento do grupo. Entregou folha e lápis e pediu que fizessem um desenho que representasse os sentimentos que tem em relação ao filho ou neto (que fazem tratamento no CSM), tanto os sentimentos positivos como os negativos. [...] Após alguns minutos pediu para que mostrassem e explicassem o desenho. Falaram dos sentimentos no relacionamento com filhos e netos e a cada uma que falava a psicóloga fazia algum apontamento. [...] O grupo ficou centrado na interação entre a psicóloga e as questões que cada uma das mães trouxe e os apontamentos que fez a cada uma delas e gerais a todo grupo. Foram poucos os momentos que houve circulação dos comentários e falas das participantes no grupo. (Diário de campo, 04/02/14).

Também as atividades grupais com os psicóticos são quinzenais, alternando o Grupo de Psicóticos com a Oficina de Psicóticos no mesmo horário e com os mesmos participantes. Elas têm os objetivos de reforçar o vínculo dos usuários, os quais já frequentam o CSM há bastante tempo, com o serviço; de colaborar com sua inserção social e ser um espaço de convivência entre usuários e profissionais:

Fui para a sala de atividade e um dos participantes estava decorando uma garrafa. Depois de algum tempo chegou outra participante. Ela começou a fazer atividade também. Em seguida chegou mais uma participante que eu não conhecia, mas que os outros já conheciam. Neste tempo falamos de tratamento, carnaval, viagem, praia, escola, medicação. A enfermeira foi até a sala e perguntou se estava tudo

bem, pois não poderia ficar na atividade por estar resolvendo algumas coisas administrativas. Continuamos conversando e eu também comecei a fazer atividade de decorar garrafas (Diário de campo, 27/02/2014).

A enfermeira iniciou a atividade com uma discussão com o tema Vida Saudável - utilizando slides. Eram três participantes, dois homens e uma mulher. Perguntou o que consideravam vida saudável e como fazer para alcançar isto. Todos falaram e ela foi fazendo alguns apontamentos. Com a discussão dos cuidados com higiene e limpeza dois participantes comentaram de quando ficaram deprimidos e como foi difícil se cuidarem naquela época. [...] A outra participante falou que sempre se cuidou e gosta de se cuidar. A discussão prosseguiu e foi para as questões de autonomia e tutela. Um deles é aposentado por invalidez disse que gostaria de fazer faculdade ou curso técnico. Outra participante disse que queria terminar o ensino médio, iria ver o que precisa para fazer supletivo em outra cidade e que gostaria de arrumar emprego, já fez ficha em alguns lugares, mas não a chamaram”. (Diário de campo, 06/03/2014).

Nos atendimentos grupais com os usuários, percebi o número reduzido de participantes, que varia entre três a cinco e que realizam atendimento há algum tempo. Foram poucos os grupos dos quais participei em que os usuários estavam iniciando tratamento ou o haviam feito recentemente. Isso aconteceu naqueles com os familiares, por exemplo, pois seus parentes usuários realizavam tratamento no CSM há certo tempo.

Esses grupos que acompanhei enfatizaram os aspectos informativos – como tratamento, doença mental e motivacional – de incentivo à vinculação das atividades ao tratamento com um todo. Em alguns momentos, houve conversas sobre relacionamento com os familiares, sobre trabalho, aposentadoria e sobre interdição judicial, conforme foram apresentadas nos trechos acima.

Ademais, a Oficina de Psicóticos foi a atividade na qual percebi maiores interação, socialização e descontração entre os usuários. Ela, juntamente com Grupo de Psicóticos, foram as práticas das quais participei mais vezes e sobre as quais trouxe algumas percepções dos usuários quanto à organização das atividades no CSM:

A auxiliar de enfermagem foi até a sala de grupo e falou aos participantes do grupo que a atividade que tinham programado não ia ser realizada - Seresta - e que podiam então fazer atividades da oficina. Eram dois homens e duas mulheres. Fiquei com os usuários fazendo decoração em garrafas e conversando. Falaram deles e como tinham passado aqueles dias. [...] Perguntei se aquele grupo já teve mais participantes. Um deles respondeu: “Quando tinha a professora tinha mais gente, umas dez pessoas. Depois que parou de vir um pessoal desistiu”. A voluntária que dava orientações de artesanato não pode mais vir, segundo o que a enfermeira me informou. Perguntei se conheciam outros usuários que faziam tratamento mas não vinham no

grupo. Outro participante: “Tem uma moça que mora perto de casa, mas ela não vem. Ela trabalha, tem marido e filhos e fala que não dá tempo”. Perguntei se quando organizam as atividades os funcionários pedem para eles darem sugestões de atividades. Uma participante falou: “A enfermeira sempre pergunta se temos sugestão de atividades, o que queremos fazer”. (Diário de campo, 03/04/2014).

Os participantes desse grupo, devido aos relatos supracitados, consideram a enfermeira a referência da atividade. Tanto parece ser dessa forma que, quando a profissional estava de férias, a atividade ficou desorganizada, sem responsável para acompanhar os integrantes. Algumas vezes, fiquei apenas eu com os usuários na reunião. Além disso, os pacientes afirmaram que as práticas ao longo das semanas não mudavam tanto assim. Aconteciam com mais frequência a oficina (nas quais é feito artesanato) e o grupo no qual os participantes conversam sobre algum tema específico. Desse modo, vislumbra-se que, mesmo com o cronograma de atividades, ao qual me referi anteriormente, os usuários reconhecem um profissional como coordenador da atividade e como uma referência para as questões do seu tratamento no CSM, muito embora haja práticas coordenadas por outras pessoas.

Também percebi que, dentre as atividades existentes, a Oficina foi a que os usuários mais interagiram entre si e com os profissionais e a que é um espaço de convivência importante. Portanto, poderia ser potencializada pela equipe de profissionais não só para participação dos usuários psicóticos, como também para outros usuários que dela possam se beneficiar.

Cumprido mencionar que, a despeito da constituição do CSM como um híbrido, como analisador, podemos agrupar as atividades que realiza como típicas de uma Unidade Básica de Saúde e outras típicas de um Ambulatório de Saúde Mental.

Assim, as típicas de uma Unidade Básica de Saúde, ou seja, aquelas que têm a finalidade de promoção, prevenção e orientação sobre saúde, de forma territorial, são realizadas com as crianças, com os adolescentes e com os adultos e estão relacionadas na grade de atividade como Saúde, Corpo em Movimento, Qualidade de Vida, Grupos de Orientação e consultas com o médico clínico. As que não constam na grade – acolhimento, visitas domiciliares e orientações individuais aos usuários e/ou familiares pela psicóloga, assistente social ou enfermeira – são realizadas de acordo com a necessidade de cada caso.

Já as atividades que podemos considerar típicas de um Ambulatório de Saúde Mental são aquelas que objetivam o tratamento e a socialização, como Só por Hoje, Desenvolvimento Pessoal, Resgate da Cidadania, Ludoterapia, Oficina de Pintura, Jogos Infantis,

Relacionamento Interpessoal, Oficina de Plantas, Grupo com Familiares, Oficina Terapêutica, consultas com psiquiatra, psicoterapia individual e psicoterapia em grupo.

Vislumbra-se que a maior parte das atividades realizadas no CSM pode ser caracterizada como ambulatorial, ou seja, as práticas com a finalidade de tratamento e socialização são as mais frequentes, por isso necessitam mais do trabalho dos profissionais.

Assim, o CSM parece funcionar como Ambulatório de Saúde Mental não só pelo maior número de atividades que podemos relacionar ao tipo de serviço, mas também pelo processo do fluxo de atendimento: recepção – triagem – consulta com médico e/ou psicólogo – grupos; as consultas e os atendimentos grupais e/ou individuais agendados previamente.

Cabe ressaltar que tais práticas ambulatoriais do CSM em sua maioria se revelam consonantes aos objetivos da Atenção Psicossocial na busca da ressocialização, da escuta e do respeito à singularidade e à subjetividade dos usuários.

Cabe ressaltar que estas práticas ambulatoriais do CSM em sua maioria se revelam consonantes com os objetivos da Atenção Psicossocial, na busca da ressocialização, escuta e respeito à singularidade e subjetividade dos usuários.

Embora o CSM tenha em sua maior parte práticas ambulatoriais já citadas, puderam-se constatar algumas como o acolhimento – a disponibilidade dos profissionais para a escuta e orientação de qualquer pessoa que chegue ao CSM sem necessidade de agendamento – e a organização da grade de atividades, com a sistemática apresentada e com participação de outros profissionais e pessoas da comunidade. Isso aponta outros devires que estão pouco relacionados à organização e às práticas típicas de Unidades Básicas de Saúde ou de Ambulatório de Saúde Mental, talvez mais próximas das preconizadas aos CAPS.

Pode-se dizer que o CSM está em um espaço de gestação de uma identidade, sem contorno e forma bem definidos. Ao mesmo tempo, no entanto, é habitado por características e tensões desses dois tipos de serviços de saúde, talvez aguardando que com o tempo e a paciência brotem novas formas a partir desse informe e indecيدido (PELBART, 1993).

Esse indecيدido pode assim ser entendido como uma terceira margem do rio, uma zona de fronteira, uma margem virtual do entre, um local de tensão e indiscernimento e também de possibilidade de abertura à alteridade, de invenção de outras possibilidades, práticas, de outros entendimentos, como referido por Ceccim (2013) quanto ao cuidado ao sofrimento psíquico de seus usuários e sua organização enquanto equipe.

4.2) O Fazer *Entre* Profissões

Nesta parte iremos abordar de que formas a equipe do CSM constrói em seu cotidiano as relações entre os profissionais, práticas e rotinas de trabalho. Para tanto no valemos da reflexão com eles sobre a produção do comum, ou seja, aquilo que é partilhado e ao mesmo tempo construído por todos em suas práticas no cuidado aos usuários. Junto a isto foi proposta a reflexão do que consideram específico de suas práticas profissionais neste cuidado.

Nestas reflexões sobre suas práticas também tratamos das que consideram inúteis. Ou seja, como colocam Franco e Merhy (2007), no cotidiano dos serviços de saúde se produzem atos inúteis, que não estão relacionados diretamente a função deste serviço ou o interesse dos profissionais, mas mantêm o instituído na organização dos processos de trabalho e da organização deste espaço.

- A Cozinha

Os profissionais do CSM não realizam reuniões de equipe modo sistemático, mas apenas quando sentem necessidade de discutir casos dos usuários:

“É assim, dependendo do caso a gente tem um horário, geralmente na sexta-feira. Neste dia é o período que o psiquiatra fica mais tempo e das 13:00 às 14:00 horas e discutimos quando tem demanda. Por exemplo, a gente está com um caso que precisa discutir. A gente senta, a psicóloga passa a visão dela, o médico, eu passo a parte da enfermagem e a parte burocrática - o órgão encaminhador e outros detalhes do encaminhamento. [...] Foi assim, no nosso primeiro ano nos tínhamos no cronograma um período quinzenal para discussão de casos. [...] Com o passar do tempo, esta uma hora quinzenal fazia falta na agenda do médico, por causa da demanda que foi crescendo. Então a gente acabou discutindo (os casos) de acordo com a necessidade”.

Pesquisador: “Tem um horário para discutir coisas administrativas da equipe ou quando surge a questão vocês vão resolver”?

“Quando surge a gente senta e discute. Às vezes acontece de ter uma pausa, faltarem usuários nos atendimentos. Aí eu falo: reunião de equipe. A gente vai para cozinha, senta. Falo: estou com uma situação assim, estou pensando em resolver assim, todo mundo dá opinião. [...] O único momento agendado que a gente senta para se organizar é quando fazemos o cronograma (em junho e dezembro) [...]. A gente senta e define assim: o cronograma vai ser mantido? Os grupos vão continuar no mesmo dia da semana, a mesma periodicidade, o mesmo horário? [...] Então a gente conversa e altera. [...] Nunca teve um horário determinado, foi acontecendo assim. [...] Então esta discussão

de equipe, neste sentido, acontece pontualmente”. (Entrevista com enfermeira, 07/01/2014).

No entanto, há um uso interessante e frequente da cozinha, principalmente para as discussões de casos:

Enfermeira: “às vezes nos estamos na cozinha, comendo, e uma ou outra joga alguma coisa. Eu estou sentindo, estou percebendo que é isto. É que nem pescar, jogou a isca e aí uma já dá uma ideia, o que ela viu e quando você vê, já formou”.

Enfermeira: “Teve alguns momentos, não em discussão de caso. Porque às vezes você está na cozinha, sem querer um levanta uma coisa, o outro levanta outra e você junta”.

Pesquisador: “Mas isto não é uma discussão de caso?”

Enfermeira: “Acaba sendo, não é formal”.

Pesquisador: “Mas a discussão tem que ser só quando está todo mundo, quando marca um horário, é só assim que funciona?”.

Fonoaudióloga: “Às vezes é bom estar todo mundo reunido. Porque eu conto uma coisa para ela, depois tenho que contar para ela, para todo mundo estar falando a mesma linguagem. Então facilita estar todo mundo junto”.

Pesquisador: “Vocês já falaram outras vezes da questão da cozinha ser um espaço de relax e ao mesmo tempo é de discussão de caso. É mais fácil discutir o caso quando está no relax?”.

Assistente social: “Podê falar alto, falar besteira, um pegar no pé do outro.”.

Pesquisador: “Na discussão de caso não pode?”.

Assistente social: “Até pode, mais é mais sério né”.

Enfermeira: “É que às vezes vêm pessoas e não entendem o modo que nós enquanto equipe trabalhamos. Às vezes a gente está discutindo um caso e no meio sai uma besteira, sai uma gargalhada e às vezes a pessoa acha que a gente não está levando aquilo a sério”. (Diário de Campo, Encontro com os profissionais - Discussão de Caso, 17/04/2015).

Assim, a cozinha é um espaço de encontro dos profissionais, para conversar, relaxar e para as discussões de caso e decisões de condutas dos tratamentos. Isto ocorre nos intervalos entre os atendimentos, especialmente quando algum dos médicos estava presente, ou utilizam o horário de discussão de casos da sexta-feira à tarde:

Na cozinha estavam presentes a enfermeira, a auxiliar de enfermagem, a fonoaudióloga e o médico clínico. Falaram do caso de uma paciente que marido trabalha fora e que se queixa de ficar muito sozinha e sempre vem chorando ao CSM. Segundo eles é a mãe que cuida de tudo para ela, só faz acompanhamento com o psiquiatra e não aceita outros atendimento apesar de precisar. Falaram também do caso de uma mulher que tem seis filhos e foi abandonada pelo marido. O Conselho Tutelar fica querendo tirar os filhos dela e o CRAS encaminhou para o CSM, apesar de não ter demanda de saúde mental. (Diário de campo, 9/01/2014).

Na cozinha estavam a enfermeira e o psiquiatra, que tinha terminado de realizar as consultas. Enfermeira: “a coordenadora de saúde pediu se na sexta-feira você poderia atender um caso novo”. Psiquiatra: “é algum caso enrolado, pois quando vem assim, geralmente é”. Enfermeira: “é uma mulher que perdeu o bebê e parece estar em depressão pós-parto. Eu conheço o caso e acho que precisa mesmo marcar uma consulta mais rápido”. Psiquiatra: “então assim pode encaixar uma avaliação na sexta, pois parece que está precisando do atendimento mesmo”. (Diário de campo, 15/01/2014).

No consultório estavam discutindo casos o psiquiatra, a fonoaudióloga e a psicóloga. Entrei e perguntei se poderia acompanhar a discussão de caso. Estavam discutindo sobre dois casos de crianças sobre a medicação e outro que não estava mais comparecendo as consultas e que pela informação estava pior. Depois chegaram a enfermeira, a assistente social e a auxiliar de enfermagem. [...] Começaram a discutir o caso de uma adolescente que atendem que tem suspeita de abuso sexual em casa. A enfermeira e a assistente social visitaram a adolescente e ela confirmou o abuso, também relatado no atendimento com a psicóloga. Discutiram como iam proceder com a situação e o acompanhamento. O psiquiatra (perguntando à psicóloga) “pela sua experiência, qual é a melhor forma de encaminhar esta denúncia?” Psicóloga: “acho que o Conselho Tutelar não tem sensibilidade para estes casos, já teve outras situações que mostraram não ter preparo. Acho melhor encaminhar diretamente ao juiz e então ele toma as providências para o caso”. Resolveram que o psiquiatra, a psicóloga, a assistente social e a enfermeira fariam um relatório informando a suspeita e encaminhariam ao juiz. A adolescente iria continuar o atendimento com a psicóloga e o psiquiatra e a participação no grupo de adolescentes. (Diário de campo, 09/05/2014).

Para a resolução de assuntos administrativos conversam quando surge o problema ou é trazido por um dos profissionais:

Na sala da assistente social estavam a enfermeira e a assistente social. A psicóloga entrou na sala: “Estou muito preocupada, pois uma das crianças que foram encaminhadas pelo Conselho Tutelar não compareceu ao atendimento. Acho que seria bom que a assistente social orientasse as famílias sobre o direito de transporte que elas têm”. A enfermeira me explicou que tem alguns casos que o Conselho Tutelar encaminhou que residem na zona rural da cidade e tem que vir com frequência (semanal ou quinzenal). Então era o Conselho que estava trazendo eles. Há alguns dias ligaram do Conselho dizendo que não

iriam mais trazer estes usuário. A assistente social: “mas não é mesmo função do Conselho Tutelar transportar os usuários, isto cabe a Coordenadoria de Saúde do município”. Enfermeira: “também concordo que não adianta orientar a família a procurar seus direitos, nós que temos que falar com o Conselho, para confirmar esta informação e fazer contato com a coordenação de saúde para viabilizar o transporte”. Psicóloga: “só quero que isto não continue para que os usuários não percam mais atendimentos”. A enfermeira pediu para a assistente social entrar em contato com o Conselho Tutelar e solicitar que enviassem por escrito esta informação – que não poderiam mais trazer estes usuários e que ela iria falar com a coordenadora de saúde. (Diário de campo, 06/02/2014).

A cozinha do CSM é então o espaço onde se preparam e se alimentam os encontros, as relações entre os profissionais, as discussões e ações. Como a consideram como um espaço particular para a equipe, ou seja, não é de uso dos usuários, também é para desabafar, rir e decidir as coisas. Parece ser o local mais importante para a ambiência desta equipe, no sentido da Psicoterapia Institucional²⁹, ou seja, um espaço favorável para que algo aconteça e traga a possibilidade que os encontros entre as pessoas e múltiplas transferências sejam possíveis. É um local de descontração e ao mesmo tempo é o mais utilizado para a discussão de casos e resolução de questões administrativas.

É o lugar no qual se misturam os ingredientes: profissional, lúdico, discussão de caso, condutas e falar bobagens. A cozinha funciona ao mesmo tempo como espaço singular e coletivo, no qual aparecem as especificidades pessoais e profissionais e o onde mais se cozinha e se alimenta o comum, a ambiência e a qualidade das relações entre os profissionais desta equipe.

- “Entrar na Roda, Entrar na Onda”

Os profissionais do CSM consideram que são práticas específicas de cada profissão e que realizam como parte da rotina de trabalho.

- Assistente Social: orientações previdenciárias, encaminhamentos, avaliação social, orientações quanto a direitos e deveres e identificar situações de risco e vulnerabilidade social, solicitação de transporte e entrevista social.

- Auxiliar de enfermagem: administração de medicamentos, acompanhar os usuários nas atividades, fazer curativos e outros procedimentos clínicos.

²⁹ Ver capítulo I.

- *Enfermeira: acompanhamento das consultas médicas, orientações do pós-consulta, administrar medicação e lançamento dos atendimentos realizados no sistema.*

- *Fonoaudióloga: avaliações de linguagem oral e escrita e acompanhamentos, orientações as mãe e pais relacionadas as etapas de desenvolvimento da criança, orientações em relação à voz com os dependentes químicos, elaborar relatórios aos outros profissionais e escolas e visitas as escolas.*

- *Psiquiatra: fazer diagnóstico, prescrever o tratamento - remédio, terapias, encaminhamentos e orientações aos familiares.*

(Encontro com os profissionais - Comum e Específico, 27/06/2014 e Encontro com os profissionais - Rotinas, 27/03/15)

Vemos acima que os profissionais referiram no específico atividades do seu dia a dia que são exclusivas de sua área profissional. Podemos relacionar estas práticas ao que Campos (1997, 2000) define como Núcleo de Competência e Responsabilidade, ou seja, aquelas que se remetem ao conhecimentos, responsabilidades, práticas e compromisso de uma profissão ou especialidade.

Nas ações comuns, referiram algumas que podemos considerar mais ligadas as funções administrativas: fazer relatórios, agendamentos, guardar e pegar prontuários, fazer e receber ligações telefônicas e ficar na recepção.

Aqui cabe um esclarecimento, no período que acompanhamos a equipe estava sem funcionário da recepção. Desde a criação do CSM não contavam com um profissional para isto e a equipe se dividia nesta função. No início de 2014 passaram a contar com uma funcionária somente para esta função. Depois de alguns meses ela se aposentou e não foi designado outro funcionário para esta atividade. Na época da pesquisa, era a auxiliar de enfermagem que ficava a maior parte do tempo nesta função, substituída por algum outro profissional quando estava ausente.

Apesar de haver uma divisão das atividades administrativas na equipe, nota-se uma centralização delas na auxiliar de enfermagem, apesar desta exercer a função de recepção no serviço, mesmo quando ela e alguns profissionais as indicam como comuns. Os médicos da equipe realizam poucas destas atividades comuns administrativas, somente colaborando na elaboração dos relatórios de usuários.

Já em outro lado temos ações referidas como comuns: organizar, discutir e articular as atividades e atendimentos de forma conjunta; coordenação e participação nos grupos; escuta, acolhimento e orientações diversas aos usuários e familiares; discussões de caso na equipe e com outros profissionais do município; café na cozinha (que novamente indica a importância

deste espaço, acima analisado); inserção do usuário em seu espaço social e as visitas domiciliares relatadas como parte da rotina dos profissionais.

Dentro deste comum temos o caso particular da triagem. Esta é realizada por uma destas três profissionais: auxiliar de enfermagem, enfermeira ou assistente social, mas que na ausência delas pode ser realizada por qualquer um dos outros.

Deste modo, parece que transformar em comum as atividades administrativas é um processo ainda em curso no CSM, apesar de serem divididas por alguns profissionais e em alguns momentos. Parece que o processo de partilhar as atividades comuns ligadas mais diretamente à assistência dos usuários e familiares, como os grupos, discussões de casos e acolhimento tem se desenvolvido mais na equipe.

Vejamos como percebem a construção deste comum e como este vem envolvendo os profissionais:

Assistente social: “Achei bom que no comum, apesar de estar a pouco tempo, consegui captar como as coisas acontecem”.

Enfermeira: “Por isto que falo que a questão de ter perfil para o trabalho em equipe é de cada um, ela entrou e em pouco tempo conseguiu captar o que é comum e está fazendo. Se a pessoa não tem disponibilidade, por mais que tenha um trabalho conjunto, não dá certo”.

*Assistente social: “Eu fui percebendo, perguntando e **entrando na roda**. Achei interessante que no comum praticamente tudo o que foi colocado é muito parecido, demonstra que estamos bem sintonizados”.*

*Enfermeira: “Este movimento do comum é interessante. Até o médico clínico, que não fazia quase nada deste comum, tem participado mais das discussões na cozinha, discussões dos casos. Falou que vai ter mais horário e quer participar dos grupos, até ele está tentando **entrar na onda**”. (Diário de campo, Encontro com os profissionais - Comum e Específico, 27/06/2014).*

Esta construção e potencialização do comum da equipe tem colaborado para fazer “entrar na roda” mesmo a profissional que ingressou na equipe há pouco tempo – a assistente social. Ao mesmo tempo, tem feito com que o médico clínico, mais distante das atividades comuns, também se mobilizar para isto. Neste aspecto relatam a questão que é particular de cada profissional, sua disponibilidade de construir e partilhar o comum junto com a equipe. Esta pode ser maior ou menor, ou seja, ter mais ou menos empenho para realizar atividades para além de seu Núcleo de competência e responsabilidade. Mas também colocam que quando o comum da equipe está instituído, produz movimentos e ações que cada vez mais

sensibilizam os profissionais a “entrar na roda”, muitas vezes colaborando para superar resistências e diferenças que possam impedir a construção dinâmica deste comum.

Os profissionais também colocaram um aspecto que gostariam de desenvolver mais neste comum da equipe, como o respeito às divergências de opinião e mais flexibilidade e escuta entre os profissionais:

Assistente social: “Acho que o que está faltando é mais respeito e flexibilidade com as opiniões diferentes, saber lidar com pontos de vista e visões diferentes”.

Enfermeira: “Às vezes falta mesmo esta flexibilidade e respeito com as opiniões diferentes, algumas vezes acaba trazendo atritos. [...]No dia a dia, numa conduta com o usuário, numa discussão de caso, isto acaba acontecendo. Tem uma profissional que tem mais dificuldade para escutar opiniões diferentes, a gente fala, conversa, mas tem dificuldade. A gente fala, tenta dar a opinião, mesmo parecendo que a pessoa não está escutando. Se não dá certo a gente deixa de falar, deixa ver o que acontece, mesmo sabendo que muitas vezes não é o melhor caminho”. (Diário de campo, Encontro com os profissionais - Comum e Específico, 27/06/2014)

Neste aspecto estavam se referindo especificamente a uma das profissionais, que nas discussões de caso estava apresentando maior resistência em considerar a opinião e sugestão dos outros profissionais. Também apresentava pouca disponibilidade de partilhar as atividades comuns da equipe, muitas vezes realizando somente suas atividades específicas. A tensão desta profissional com a equipe resultou na sua demissão do CSM.

Esta situação parece ser semelhante a relatada por Vasconcellos (2008), que coloca que na atuação em equipe existem atos terapêuticos passíveis de serem executados por qualquer um dos profissionais, o que ele denomina de franjas da assistência, ou seja, aqueles que escapam da especificidade de cada profissão. Estas franjas localizam-se nas fendas existentes entre estas especificidades e são fundamentais para a construção do trabalho em equipe, que não se consolida somente com a atuação dos profissionais dentro de seus núcleos de competência e responsabilidade. Na pesquisa que realizou em um CAPS o autor coloca que um dos atritos que aconteciam naquela equipe era a recusa ou dificuldade dos profissionais de atuarem nestas franjas.

A importância do comum construído pela equipe CSM se fez ver também nos temores sobre o aumento da equipe e a demissão acima referida:

Enfermeira: “[...] eu prezo muito a equipe e eu me preocupo muito com quem se agrega a equipe, porque um que quebra, parece dominó, derrubou um cai todo mundo. Então até o presente momento a gente está conseguindo manter este laço. Mas a gente sabe que futuramente a equipe vai aumentar, a tendência é aumentar e isto me preocupa. Quem vem? Como virão? Por isto que eu brinco: enquanto eu puder escolher, apontar, é este que eu quero, é aquele que eu quero. Mas eu sei que vai chegar um momento que não vai ter mais como escolher, apontar, selecionar quem queremos para a equipe”.

Pesquisador: “E ao mesmo tempo a colega que não vinha tão próxima de vocês acabou saindo. O quanto tem um movimento. [...] Esta saída dela também pode revelar que vocês como equipe estão conseguindo se consolidar, cada vez mais, isto o que vocês falaram que tem receio de perder. [...] A questão desta profissional ter saído ao mesmo tempo coloca o quanto vocês como equipe tem uma institucionalização, um coletivo que vocês criaram. [...] Retorna até a história das duas profissionais que colocaram aqui e que também não deu, a outra enfermeira e a auxiliar de enfermagem. Como elas também não entraram na equipe. Que atraíram, como a fonoaudióloga, que já tinha uma ligação que veio para cá, acabou ficando e como pode também colocar para fora”.

*Enfermeira: “Nossa equipe vai chamar equipe Bope. Como é? **Pede para sair**. Já pusemos quatro para fora”. (Diário de Campo, Encontro com os profissionais - Discussão de Caso, 17/04/2015).*

Esta questão da disponibilidade e compromisso com a construção e consolidação do comum também aparece na fala da enfermeira ao chamar a equipe de “Equipe Bope”. Ou seja, o senso de comum e coletivo construído de forma consistente, que poderia ser um dos entendimentos de espírito de grupo, responsabilidade, respeito e dever de um grupo militar. Ainda que construído pelos próprios profissionais e pela identificação com o trabalho, na “cozinha”, a alusão ao Bope sinaliza riscos e desafios: os do corporativismo, o da gestão dos conflitos por exclusão, mas também o da diferença de processos formativos e de experiência que colocam o trabalho de formação permanente como uma estratégia fundamental para as equipes. Esta, de acordo com Merhy (2013b) pode trazer possibilidades de mudanças nos processos de trabalho da equipe, por meio da problematização do próprio fazer em sua produção coletiva, com conversas sobre as práticas e o que se pode aprender com elas. Igualmente de tomar a ação do profissional junto com os outros e sobre os outros como ato educativo e de transformação da prática do profissional e de toda a equipe.

Esta analogia da “Equipe Bope” ainda traz que como este comum é uma construção coletiva, o profissional que não conseguir “captar” e colaborar nesta construção irá ficar cada vez mais deslocado. Se fosse um serviço que se configurasse inteiramente como um Ambulatório, no qual as ações dos profissionais são individualizadas, talvez não gerasse

maiores tensões. No caso do CSM, a profissional realizar somente ações específicas de sua profissão e desvinculada dos outros profissionais, ou seja, somente fora das franjas da assistência, acabou por se excluir da maioria das ações comuns da equipe.

Quando os profissionais se referiam as atividades específicas que realizam em sua rotina, ratificaram que o CSM em sua maior parte tem um funcionamento ambulatorial, como apontado por Ferreira Neto (2008): triagem individual, dispêndio de tempo considerável dos profissionais em consultas médicas e atendimentos individuais, realização de grupos organizados por patologias e poucos espaços para os usuários participarem da construção da organização das rotinas do serviço.

Mesmo com esta maior demanda do tempo dos profissionais para estas atividades, eles colocaram várias atividades como comuns que apontam para além do funcionamento ambulatorial e para outras possibilidades de arranjos organizacionais: partilhar atividades administrativas; a organização, discussão e articulação das atividades e atendimentos de forma conjunta; a organização da grade de atividades, principalmente nos grupos com rodízio de profissionais e atividades; a discussão de casos e de questões administrativas de forma cotidiana, de maneira formal (com reuniões agendadas) ou no próprio dia a dia e a cozinha como espaço de cozinhar o comum.

O entendimento dos profissionais da equipe que para atuação neste serviço eles precisam, ao mesmo tempo, exercer as ações que são específicas de suas profissões e também ações que são comuns a todos os profissionais, organizadas e construídas coletivamente, ficou bem clara em suas falas. Ou seja, que o profissional deve exercer suas funções específicas, mas que estas devem estar articuladas e potencializar as atividades comuns. Podemos entender que demonstram assim o entendimento que o cuidado ao sofrimento psíquico necessita da construção de Campos de competência e responsabilidade, como aponta Campos (1997), e de um espaço entre-disciplinar (Ceccim, 2013). Isto é necessário, pois somente os conhecimentos e práticas de cada profissional não conseguem dar conta das brechas, da necessidade de invenções e criações que são cotidianamente necessárias, para ao cuidado à subjetividade dos usuários.

Este tipo de entendimento e necessidade dos profissionais vai construindo um espaço em comum, um entrecruzamento destes profissionais da equipe, forjado a partir da atuação em conjunto, nas práticas, do partilhar experiências, dúvidas, dificuldades, alegrias e sucessos Costa-Rosa (2013).

Este cruzamento de diversas práticas e profissionais, como refere Vasconcellos (2008) impulsiona a um cuidado aos usuários mais complexo, dinâmico e capaz de dar conta do

comum e das singularidades, seja dos usuários e também dos profissionais. Mas por outro lado, traz uma maior exigência de espaços organizacionais que possam elaborar os atritos, os choques que podem surgir neste cruzamento de diferenças. Locais onde se produzam bons vínculos entre os profissionais e que sejam agenciadores potentes, que no caso do CSM, o mais importante deles é a cozinha.

O comum da equipe do CSM e o exercício do *entre* profissional é construído utilizando como espaço privilegiado a cozinha. Interessante como este foi se configurando como aquele que é possível de ser habitado pelos vários momentos da equipe: relaxamento, falar bobagem, discutir casos, resolver questões administrativas. A necessidade de compartilhar ideias, pontos de vista, práticas e opiniões ultrapassa o espaço das reuniões de equipe e discussão de caso e passou a ser no dia a dia, no calor do momento que eles acontecem.

Ressaltamos que diferente de outros estudos com equipes de serviços de saúde mental, como os de Abuhab et al (2005) e Silva (2010), os profissionais do CSM não trouxeram o temor de que a construção de práticas comuns seja um risco e acabe por invadir o espaço das atuações específicas de cada profissional. Segundo estas autoras por este receio ou por existirem invasões dos núcleos profissionais, estes podem ter maior resistência ou mesmo não colaborar na construção de práticas comuns na equipe, como atuações conjuntas, participar de reuniões e discussões de casos.

Nos encontros com os profissionais do CSM, eles apontaram que percebem este comum construído pela equipe acaba por atrair e sensibilizar, mesmo aqueles que tinham resistências ou menor disponibilidade pessoal para participar dos processos de organização, das atividades e discussões conjuntas. Eles vão sendo atraído para “entrar na roda”, como aconteceu com a assistente social e o médico clínico. Igualmente colocaram como fundamental para que este comum da equipe tenha potência, consiga dar contas das tensões, produzir bons encontros, satisfação dos profissionais com o trabalho e ações de cuidado que vão ao encontro das necessidades dos usuários, o exercício cotidiano do respeito as opiniões, práticas e escuta entre os profissionais.

Ou seja, a construção deste comum não é a construção de uma unidade de opiniões e de práticas, mas o de uma multiplicidade. Esta entendida no sentido dado por Silva (2013) baseada em Deleuze e Guattari (1995). Silva utilizando o conceito de rizoma e suas características fez algumas aproximações indicam possibilidades para o trabalho em equipe em saúde mental. Uma delas é o da multiplicidade, pois coloca que o trabalhar em equipe pode desfazer a ideia de unidade e assim possibilitar um aumento das conexões entre os

profissionais, levando a multiplicação e criação de novas possibilidades de práticas e das relações de trabalho dos profissionais e da equipe. Ou seja, o trabalho em equipe como produtor de multiplicidade e não de unidade.

Este entendimento de multiplicidade como motor e produtor do comum na equipe, também retoma a importância para a articulação das profissões de uma estética multiprofissional, na construção de um entre-disciplinar colocado por Ceccim (2013). Ou seja, nesta dinâmica não há a busca da unificação da diversidade - neste caso de práticas, opiniões, experiências profissionais - para subordiná-las a um único modo de ação ou entendimento. Neste funcionamento também coloca a responsabilidade e integralidade do cuidado centralizada no usuário ao invés de ser nas rotinas técnico-burocráticas do trabalho, como as mais importantes para as práticas do serviço de saúde.

- Práticas “Nada a Ver”

Os profissionais relacionaram os atos inúteis a atender encaminhamentos de usuários com demandas que não são da saúde mental, que eles chamam de encaminhamentos “nada a ver”, feitas pelos representantes de cargos políticos e/ou pelos setores do município. Também colocaram como ações inúteis fazer relatórios aos outros setores que não são lidos, não surtem nenhum efeito no cuidado ao usuário e não são socializados entre os profissionais destes locais.

As questões das tensões da rede de assistência do município e o CSM surgiram em vários momentos do acompanhamento do cotidiano da equipe e serão apresentadas a seguir.

4.3) “Atravessa a Rua e Vai Lá” – As Tensões na Rede de Assistência

As articulações do CSM com os serviços de saúde e outros órgãos de atendimento do município é assim descrita pelos profissionais:

“Não sei se é porque o município é pequeno, é difícil articular com qualquer outro segmento. Por exemplo, o CRAS eles tem cursos, tem oficinas, dá muito trabalho para você pôr um usuário lá. [...]. Por exemplo, nós temos a Legião Mirim e eles têm cursos profissionalizantes, nós temos alguns adolescentes e pergunta se a gente consegue transpor esta barreira”? (Entrevista com enfermeira, 07/01/2014).

Uma das questões que alimentam esta dificuldade de estabelecer parcerias com outros setores parece estar associada ao entendimento que estes têm do papel do CSM no município:

Assistente social: “Mas aí que está a campanha: a saúde mental tem que resolver tudo, é esta a visão do promotor, do juiz, do conselho tutelar, do CRAS, da Educação, da onde vier. É complicado. Porque a equipe que tem aqui é voltada para a saúde mental e aí você cuida da saúde mental, da educação, do CRAS, da Proteção Especial, da creche, você acaba cuidando de tudo”.

Psiquiatra: “Vou te dar um exemplo. Tem meninos que dão problema na escola, aí você acaba descobrindo que eles têm problema porque estão na oitava série e não sabem ler e escrever, não entendem nada, e não têm interesse em estar na escola e vão aprontar. Chega no Conselho Tutelar eles mandam para cá e já vem com uma ameaça que se não vier ao tratamento eles vão interná-lo. [...] Assim é um problema de sociedade, mas no sentido de tornar tudo como se fosse doença, o problema social que gera um sentimento ou alguma coisa vira problema psiquiátrico. [...] Um pensamento meu é que é muito mais fácil jogar o paciente para saúde porque existe uma lei que obriga o SUS a tratar, ao invés de considerar que o problema é social. Então se é social, mas eu posso considerar que é uma doença, eu encaminho que aí vão fazer o serviço para mim”.

Enfermeira: “Uma vez quando eu fiz um posicionamento em uma reunião, eu falei: gente, a saúde mental não é o esgoto, tem coisas que vocês mandam e não é lá. Aí que eu ouvi, que como o município não tem CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) estes casos vão para a saúde mental”. (Diário de campo, Encontro com os profissionais - Rotinas, 27/03/15).

O entendimento dos órgãos assistenciais do município localizam o CSM como o local de tratamento dos usuários de saúde mental, mesmo as consideradas “nada a ver” por esta equipe. Este movimento de direcionar estas demandas à saúde mental, para que se desincumbirem de responsabilidade ou por acreditarem que não são demandas destes órgãos, levam ao CSM um papel de gestor da rede de saúde mental deste território e que, deste modo, poderia ter um papel relevante na construção e gestão desta rede de cuidado.

Ainda no Encontro sobre as Rotinas, colocaram como consideraram inútil atender os encaminhamentos “nada a ver”:

Psiquiatra: “O Prefeito pede para marcar avaliação de alguém e esta pessoa nem passou por um outro serviço. É a mesma coisa, nem sabemos se é um problema médico ou não”.

Pesquisador: “É inútil porque este tempo que você demanda e deve ser considerável, poderia fazer uma outra atividade, ou alguma outra ação junto com a equipe, que fosse mais importante para o

atendimento da demanda em saúde mental. É isto que eu estou entendendo”.

Psiquiatra: “Não só para mim, mas para toda equipe e o que os outros órgãos responsáveis não querem enviam aqui para a gente”. (Diário de campo, Encontro com os profissionais - Rotinas, 27/03/15).

A atuação da equipe nestas situações é como nos atendimento dos demais usuários: fazem o acolhimento e se existe demanda a pessoa segue o atendimento na unidade. Se são encaminhamentos “nada a ver” fazem contato com quem encaminhou para saber se tem outras informações sobre o caso, se existem outras demandas ou se é um usuário para ser atendido nos outros setores do município, informam quais as demandas que atendem no CSM e orientam e encaminham a pessoa para os serviços que forem necessários.

Este envio de demandas variadas ao CSM também ocorre pelos serviços de saúde:

Pesquisador: “E as outras ações de saúde mental na Atenção Básica e a Saúde da Família acontecem?”

Enfermeira: “Fica tudo aqui. Eles fazem só o encaminhamento para nós”. [...]

Pesquisador: “E quando tem um caso que está em acompanhamento com vocês e precisa da administração do remédio, conseguem que o agente comunitário ajude nisso?”

*Enfermeira: “Nestes casos flui, esta ação de agentes comunitários, de alguns, flui bem. Nossa articulação com a Saúde da Família lá de cima, a mais antiga, é melhor que com a daqui (a do Centro de Saúde) por causa do perfil dos profissionais. Daquela encaminham direitinho e muitas vezes antes ligam e discutem o caso. O daqui falam para o paciente: **atravessa a rua e vai lá**. [...] É aquela questão, você abre o serviço a demanda aparece. Precisava criar um serviço para dar conta destas demandas, mas a gente acaba vendo outros setores meio que folgam em relação a estas questões”. (Entrevista com enfermeira, 07/01/2014).*

O “atravessa a rua e vai lá” é porque o Centro de Saúde fica do outro lado da rua na qual é localizado o serviço de saúde mental. Esta prática continua atualizando o movimento de ruptura entre o Centro de Saúde e os atendimentos em saúde mental no município, como apontado, um dos motivadores da criação do CSM. Também pode sintetizar grande parte da visão dos outros setores do município sobre o papel deste no município, algo como: Saúde mental - toma o encaminhamento e vai lá, no CSM.

A equipe percebe que este entendimento destes outros setores, inclusive dos serviços de saúde é alimentada pela visão médica-centrada e de medicalização do sofrimento psíquico, tanto por parte dos usuários com também dos profissionais:

“A maioria das pessoas só enxerga o corpo, a parte física. Tem algumas falas em alguns grupos assim: por que eu tomo remédio para dor de cabeça e a dor passa e por que tomo remédio para acabar com a minha tristeza e ela não passa? É que nem você chegar aqui e dizer: minha tia morreu, eu quero um remédio para passar esta angústia, esta tristeza. Então você fala que isto faz parte, que é um período. Eles não querem acreditar que aquilo é uma coisa que vai passar sem o remédio, eles querem o remédio. A equipe acaba tendo dificuldade, pois a maior parte dos encaminhamentos que chegam para nós é nessa linha, perda por morte ou separação”. (Entrevista com enfermeira, 07/01/2014).

Assistente social: “A visão deles (usuários) é tudo é remedição. Mas é o que eu falo, você pode dar um baú de remédio, se você não trabalhar a família, se não trabalhar as questões que envolvem tudo aquilo, você vai dar baú, vai morrer de tomar e ele não vai responder”. (Diário de campo, Encontro com os profissionais - Rotinas, 27/03/15).

Enfermeira: “Alguns profissionais que recebem estas pessoas, depositam nelas a expectativa que aqui, na saúde mental, ela vai encontrar este remédio que vai curar. [...] Por exemplo, chego em você, que é o psicólogo do CRAS e falo: olha meu cachorrinho morreu, estou tão triste, faz duas noites que eu não durmo. O profissional fala: olha eu vou lhe encaminhar para a saúde mental, vão dar um remedição para você dormir à noite.” (Entrevista com enfermeira, 07/01/2014).

Assistente social: “Estes órgãos que encaminham tem que sentar e escutar. Às vezes as pessoas falam: eu estou tendo atrito com meu filho. O profissional não quer saber porque está tendo atrito com o filho, ele vai lá e escreve: pai relata agressividade do filho. O órgão encaminhador não se deu ao trabalho de sentar, ouvir, de filtrar aquilo”. (Diário de campo, Encontro com os profissionais - Rotinas, 27/03/15)

A equipe nestas situações toma as mesmas condutas dos encaminhamentos “nada a ver”: acolhe o usuário e faz contato telefônico com o profissional que encaminhou, para esclarecer dúvidas e informá-lo de quais são as demandas atendidas no CSM.

Com a criação e funcionamento do CSM reconhecem que tiveram alguns avanços na relação com os setores do município:

Enfermeira: “Uma mudança muito pequena, a hora que você liga, que fala: você encaminhou fulano e ele já foi avaliado e você está insistindo em mandar de novo. Sabe aquela coisa do cara a cara. Parece que papel, relatório, ninguém lê. A hora que você liga, conversa com o profissional aí eles dão atenção e eles correm atrás, quando a gente chama a responsabilidade”. (Entrevista com enfermeira, 07/01/2014)

Psiquiatra: “A gente só começou a ter uma voz um pouco mais ativa depois que a assistente social veio, porque aí ela tinha mais conhecimento da lei e dos órgãos sociais. Porque até lá a gente não

tinha nem como argumentar com estes setores, em relação as necessidades dos usuários e o que aqueles serviços podiam oferecer”. (Diário de campo, Encontro com os profissionais - Rotinas, 27/03/15).

Deste modo, o CSM faz o papel de matriciamento dos casos de saúde mental a partir da necessidade dos usuários que atende ou dos casos acompanhados pelos outros serviços que lhes solicitam orientação ou apoio. É um matriciamento a partir das demandas pontuais que surgem, seja da equipe ou dos outros setores do município. Não existem reuniões regulares do CSM com outros serviços para discussão de casos em atendimento ou mesmo prévias aos encaminhamentos que são feitos a esta equipe.

Sobre a dificuldade de articulação com as outras coordenadorias do município, colocaram o posicionamento e o apoio que tem recebido da Coordenadora de Saúde:

Enfermeira: [...] “A Coordenadora está a par disto, mesmo antes dela entrar já tinha esta visão. Ela trabalhava no Centro de Saúde, então já sabia, já tinha esta experiência. Tudo isto que a gente falou com você a gente coloca para ela e ela sabe que é a realidade. Teve toda esta movimentação, nós estamos com falta de um profissional e a Educação também. O que nos ouvimos dela: que assim que acertar estes profissionais, cada local estiver com o quadro de profissionais completo ela fará uma reunião de coordenadores e vai falar que cada um vai cuidar do seu quadrado. Se bem que antes a gente ficava apreensivo de devolver os encaminhamentos e agora com ela é diferente, a gente tem mais segurança”. (Diário de campo, Encontro com os profissionais - Rotinas, 27/03/15).

Apesar deste maior apoio da Coordenadora de Saúde, percebem limitações nas atividades oferecidas aos usuários no município:

Assistente social: “Para o município é complicado, porque faltam atividades, tratamento. Atividades que envolvam cultura, lazer, esportes, muitas vezes você não tem para onde encaminhar. Seja para os que estão começando o tratamento ou para os que já tiveram alta. Pois muitas vezes não tem um emprego, um lugar para fazer um estágio. [...] Isto dificulta, pois às vezes a pessoa quer mudar de vida, tem vontade, você mostra o caminho, mas falta a oportunidade. Se não tiver isto na própria comunidade dele para onde ele vai? Se mora aqui, a família dele é aqui, é atendido aqui, para onde ele vai? Se o próprio município não oferece para ele”. (Diário de campo, Encontro com os profissionais - Rotinas, 27/03/15).

Estas dificuldades de articulação com os setores, os encaminhamento “nada a ver”, a expectativa médico-centrada e medicalizante dos usuários e profissionais e a falta de atividades para os usuários no município tem gerado impotência na equipe do CSM:

Enfermeira: “Toda vez a gente fala e parece que não vemos uma luz no fim do túnel. Parece um cachorro correndo atrás do rabo. A gente fala, são sempre as mesmas situações, os mesmo problemas e as coisas continuam.

Pesquisador: “E a questão da criação do CAPS? Seria talvez uma possibilidade de rediscutir isto ou até ter outras formas de inserção dentro do município e criar novas redes. Do serviço ter uma potência maior para poder dar conta de mais algumas coisas, seria um serviço um pouco mais complexo, com mais identidade de saúde mental. Pois hoje fica no meio do caminho é uma UBS, é saúde mental”.

Fonoaudióloga: “Um pouco de cada”.

Enfermeira: “Independente de nós alterarmos o serviço, não quero ser pessimista, mas acho que vai continuar mesma coisa. Eles vão continuar mandado para cá. [...]Acho que vai para o mesmo caminho, vai ficar do mesmo jeito. As pessoas vão continuar vindo, vindo... [...] Aí qual a finalidade da gente querer transformar o CSM num CAPS? Sem ser a parte financeira é um serviço que vai estar montado. O serviço não corre o risco de um novo administrador entrar e extinguir com isto”. (Diário de campo, Encontro com os profissionais - Rotinas, 27/03/15).

Enfermeira: “Eu continuo com esta sensação de impotência, de angústia, com estes encaminhamentos que vem nada a ver. Hoje de manhã inclusive estávamos falando de alguns atendimentos que acabam danificando o serviço do profissional. Nós temos um protocolo, uma rotina, a gente quer trabalhar dentro daquilo. Aí vem um rolo compressor e passa por cima de você. Você tem duas opções: ou você peita este rolo compressor ou você entra na sua zona de conforto e leva como todo mundo leva. [...] Nós já tivemos profissionais aqui que entraram com uma perspectiva muito boa e por causa deste confronto, foi se acomodando na zona de conforto e acabou sendo mais um médico atendendo a população. E às vezes faço umas brincadeiras aqui com as meninas, eu não quero entrar nesta zona de conforto, eu me recuso a entrar nesta zona de conforto. Mas que tem hora que você fala: vou empurrar como todo mundo empurra, a empurroterapia, dá vontade, não vou negar não”. (Diário de campo, Encontro com os profissionais - Discussão de Caso, 17/04/15).

- Um Caso para a Equipe do Roxinho

Em um dos encontros com os profissionais foi pedido que trouxessem um caso para conversamos, no qual a articulação do atendimento com os outros setores do município ocorreu e para pensarmos como a equipe se coloca para resolver questões que lhe desafiam. Este caso ilustra as dificuldades referidas e como, apesar disto, esta equipe encontrou saídas para elas.

O caso era de um adolescente que a partir de uma tensão entre o CSM, Conselho Tutelar e a sua mãe produziram-se mudanças nas estratégias e efeitos deste tratamento:

Enfermeira: “É um adolescente, com transtorno de conduta, que faz acompanhamento com psiquiatra, com a psicóloga em grupo e individual e com a fonoaudióloga. Só que gente percebia que o grande nó era a mãe. Ela trabalhava numa casa e estava sobrecarregada, o ambiente que ela trabalhava era muito adoecido e indiretamente ela transferia tudo aquilo para o menino”.

Assistente Social: “Ele foi encaminhado para nós pelo Conselho Tutelar e nós fizemos relatórios referentes ao desempenho dele no CSM. Em um destes relatórios ao Conselho Tutelar nós informamos que o comportamento dele não era ruim só na escola, ele não tinha aproveitamento no tratamento, ele não rendia. [...] Aconteceu um problema na escola e ele foi levado ao Conselho Tutelar. A mãe foi chamada e calhou de ser junto com o nosso relatório. Uma das conselheiras disse para a mãe o que estava escrito no relatório da saúde mental. Ela ligou aqui e estava com a mãe do lado e foi falando com a gente. Nós não sabíamos que ela estava junto com a mãe. Depois a conselheira falou que estava com a mãe e estava lendo o relatório para ela”.

Auxiliar de enfermagem: “Nós ficamos muito tristes, porque a mãe falou que não ia mais vir aqui. Mas a gente ligava, olha vai ter o grupo. Nisto não passou muito tempo, foi ótimo. Aí mãe voltou e deu aquele bum. Ela conseguiu para ele na Legião Mirim e aí teve muita melhora, nas atividades, nos grupos”. (Diário de campo, Encontro com os profissionais - Discussão de Caso, 17/04/15).

A forma como trabalharam na equipe a discussão e as estratégias de cuidado a partir disto:

Enfermeira: “Muitas vezes foi falado até que o futuro deste menino seria um bandido, o fim dele era a bandidagem. Isto lá atrás, quando ele tinha uns quatorze, agora está com dezesseis. A participação da mãe não estava boa, era um futuro negro. Até que, numa reunião de discussão de caso alguém falou: sai tão mal no grupo de mães. Ela não gosta nem dela, como ela vai gostar deste menino? Aí outra puxou outra coisa e foi e foi e a gente começou a pensar em outras possibilidades no tratamento. Mas ela era muito irredutível”.

Pesquisador: “Teve uma mudança na postura dela quando retornou depois de ter se afastado do tratamento? E vocês? Sentaram para ver como iam fazer?”.

Assistente social: “Nós começamos a dizer para ela de coisas que nos víamos, encontrávamos nele. Como por exemplo, o tanto que ele gostava de palavra cruzada. [...] Então falamos para ela comprar, porque ele gosta. Então ela também começou a despertar mais interesse nas coisas referentes a ele. [...] Aí eu consegui que ela começasse a elogiar ele, enxergar que ele tem qualidade, falar as coisas boas dele. Então cada profissional foi estimulando ela de uma forma. A

fonoaudióloga: ele gosta disto, eu trabalho com ele tal coisa. [...] Então aos poucos ela mesma foi percebendo não só os defeitos. A mãe estava tão saturada que não via mais qualidade nele e ele tinha”.

Pesquisador: “A diferença foi a partir daí, depois que ela retornou ao tratamento. Vocês perceberam que esta abertura estava maior e aproveitaram mais o que todos os profissionais notavam e iam estimulando ela a fazer isto com ele. [...] Isto acabou revertendo também nas articulações para fora. E com a Legião Mirim? Como vocês conseguiram esta articulação?”.

Enfermeira: “Nós já tínhamos tentando inserir na Legião Mirim. Eles têm umas oficinas de estamparia, de camiseta, mas nunca tinha vaga. E com a mãe dele era bem explosiva, a gente instigou ela a ir lá e dar um bum. Falamos para ela: você não vem cobrar da gente, não exige as coisas aqui, você vai lá e vai exigir lá também”.

Pesquisador: “Mas neste caso vocês acham que foi mais fácil por causa da mãe também ter se mobilizado?”.

Enfermeira: “Acho que teve um conjunto de fatores, pois quando o Conselho percebeu a pisada no tomate que eles deram, nós caímos de pau. Para tentar consertar o estrago então eles facilitaram, apoiaram. [...] Nós já tivemos alguns adolescentes com o mesmo quadro dele e que a Legião Mirim não aceitou”.

Enfermeira: “Nós enquanto equipe, porque ela chegou aqui gritou, esbravejou, bateu pé, nós deixamos ela fazer tudo o que ela queria. Só falamos assim: nós vamos continuar aqui. Quando ela saiu até comentamos: perdemos. [...] O que a auxiliar de enfermagem e assistente social fizeram, mesmo com a braveza dela? Elas ligavam: olha hoje tem o grupo. Os primeiros ela não veio. Ela sentiu que nós insistimos que não íamos desistir deles”. (Diário de campo, Encontro com os profissionais - Discussão de Caso, 17/04/15).

Neste caso trazido pelos profissionais a partir da quebra de confiança da mãe do adolescente na equipe do CSM, motivada pelo Conselho Tutelar trazer à tona a falta aproveitamento do adolescente neste tratamento, fizeram com que a mãe deixasse de participar deste tratamento.

Após estas tensões com o Conselho Tutelar e o retorno da mãe do adolescente ao atendimento, a equipe adotou a estratégia de mostrar para a mãe caminhos para melhora na relação com o filho. Como apontam os relatos, esta ação já acontecia antes, mas a mãe não se mostrava acessível ao que a equipe colocava a ela. Parece ter colaborado para união dos esforços na equipe o receio que o afastamento da mãe interrompesse definitivamente o tratamento e também ter trazido à luz o insucesso do tratamento, que até então estava surtindo poucos resultados. A isto se somou a disponibilidade de acolher o adolescente pela equipe e de demonstrarem que a participação da mãe era fundamental.

Esta união dos profissionais da equipe e a janela de oportunidade, quando a mãe retornou a participar do tratamento e mais acessível, possibilitou que conseguissem acolhe-la também e esta se sentiu mais amparada pela equipe, o que trouxe resultados significativos para o tratamento deste adolescente.

Cabe esclarecer que no CSM não é uma prática rotineira realizar o projeto terapêutico singular ou individual de cada um dos usuários. No início do tratamento só há uma combinação com o usuário das atividades que irá participar no tratamento, elaborada pelo profissional que realizou a triagem ou em conjunto com a equipe, dependendo da complexidade do caso. Quando surgem necessidades ou dificuldades, como no caso relatado, a equipe as discute e elabora propostas de ação em função destas.

Retomando o caso apresentado, este ilustra as tensões percebidas pelos profissionais do CSM na rede de assistência do município: a dificuldade de articulação com os serviços e a falta de atividades de inserção social oferecidas, que restringem as possibilidades destas ofertas aos usuários da saúde mental e como utilizam a cozinha como espaço para discussão dos casos na maioria das vezes. Também traz a capacidade desta equipe de que quando confrontada com um atendimento que não estava tendo sucesso, de juntar ainda mais os esforços dos profissionais e de buscar outras possibilidades para este cuidado.

Esta pouca oferta de recursos socioculturais, educacionais e de lazer nos pequenos municípios é um entrave que afeta a população de forma ampla. Mais ainda as pessoas que, por motivos diversos, necessitam destas atividades como ferramentas para sua inserção social, como no caso de muitos usuários da saúde mental.

Conforme Luzio (2003) está é uma questão importante, pois para viabilizar a Atenção Psicossocial é necessário que além dos recursos da saúde estes outros serviços existam, haja articulação entre eles e estejam disponíveis ao acesso dos usuários da Saúde Mental. Apesar disto a autora constatou dificuldades nos pequenos municípios de que estes serviços atuem de modo articulado em torno de propostas comuns e coletivas, seja por dificuldades da gestão municipal e da equipe de saúde mental em buscar estes contatos ou pelo preconceito direcionado as pessoas com sofrimento psíquico.

Estes entraves também estão presentes em grandes municípios e capitais de Estado, como a cidade de Recife de acordo com Silva (2010). Em sua pesquisa com profissionais de um CAPS, afirma que havia falta de investimentos na saúde mental por parte do município, levando a falta de profissionais, número de serviços de atendimento insuficientes e a uma rede de atendimento precária, com poucas opções de atendimento aos usuários da saúde de forma geral.

Além da dificuldade de compartilhar as ações realizadas com os usuários com os outros setores do município, os profissionais do CSM também trouxeram a questão dos encaminhamentos “nada a ver”. Parece haver motivadores semelhantes para estas duas situações. Pelos relatos percebemos um entendimento médico-centrado e de medicalização do sofrimento psíquico por parte dos usuários que procuram ou são encaminhados, dos profissionais que encaminham e dos outros setores do município. Isto leva a uma redução e naturalização de várias questões de relacionamento, inclusão social, problemas de saúde e outros a sofrimento psíquico. Em decorrência disto estes usuários então devem ser atendidos exclusivamente pela saúde mental e este tratamento ficar restrito à medicação.

Grande parte dos profissionais da saúde e dos outros setores do município onde se situa o CSM, pelas suas práticas, demonstra este entendimento sobre o sofrimento psíquico e a expectativas em relação a este serviço. Ou seja, que este atue como o responsável quase total pelo tratamento em saúde mental do município, não cabendo aos outros profissionais e setores corresponsabilidade neste cuidado.

Parte dos setores assistenciais do município pretende atribuir ao CSM o papel de acolher e resolver os resíduos sociais, conforme refere De Leonardis (1998). Para esta a Psiquiatria se constituiu historicamente com um mandato social de remover e gerenciar tudo que é residual no paradigma racionalista problema-solução na sociedade, daquilo que não cabe neste e é insolúvel. A doença mental como desconhecida (irracional) e incurável (crônica) é insolúvel para este paradigma racionalista. Deste modo suas práticas, seja nos hospitais psiquiátricos ou em muitos serviços de saúde mental que perpetuam este paradigma, são de separação e segregação, de esconder as pessoas com sofrimento psíquico como resíduos, como exceção à regra e como negativo desta organização da sociedade.

Isto é complementado, segundo Franco e Magalhães Júnior (2007), pela substituição do exercício de uma clínica em saúde baseada na escuta e na qual o diagnóstico tem a dimensão de cuidado para o de uma clínica prescritiva que delimita, deste modo, a relação profissional e usuário. Este modelo de atenção à saúde desenvolveu-se motivado por uma clínica centrada no biológico impulsionada pelo complexo médico industrial, no qual os instrumentos e medicamentos são usados como principais recursos de diagnose e terapia. Como consequência deste modelo tem se gerado excesso de encaminhamentos para especialistas e alto consumo de exames, tornando os serviços pouco resolutivos. Isto ocorre, pois esta assistência é incapaz de atuar sobre as diversas dimensões dos usuários e na escuta e entendimento da complexidade de seu sofrimento e de sua subjetividade.

No campo da saúde mental estas influências tem incrementado uma “nova medicalização do social” conforme aponta Costa-Rosa (2013). Este refere que apesar da desospitalização e o avanço do atendimento comunitário em saúde mental, parte da Psiquiatria, com incentivos da indústria farmacêutica e de outros profissionais da saúde, colaboram na inclusão social do sofrimento psíquico e dos usuários - incentivando e naturalizando o consumo de medicações psicotrópicas para todos os casos de sofrimento psíquico.

Assim, o papel de acolher os resíduos sociais e a medicalização do sofrimento psíquico podem ser entendidos como parte dos motivadores das resistências e tensões que a equipe do CSM encontra, para realizar ações de saúde mental articuladas com outros setores e profissionais e o número significativo de encaminhamentos “nada a ver” que recebem. Estas tensões são maximizadas pelos entraves que esta equipe tem encontrado de ser a protagonista da construção e organização de uma rede de atenção à saúde mental no município coletiva, participativa e integrada. Outra dificuldade é destes profissionais tomarem para si a responsabilidade de realizar o apoio matricial de forma contínua aos serviços de saúde do município e aos outros setores assistenciais. Fatores que tem importante papel nesta questão são a resistência que encontram nestes setores para uma corresponsabilização no cuidado aos usuários e de construção de planos de saúde mental comuns neste território, os desgastes sofridos por tentativas de construção coletiva desta rede que não se efetivaram e falta de apoio de gestores de saúde anteriores.

Outra questão que se coloca é que o CSM mesmo com o funcionamento híbrido a que nos referimos, opera mais dentro de uma lógica ambulatorial. Assim sendo, acaba realizando mais ações de tratamento e socialização dos usuários e menos as de matriciamento, de promoção de cidadania, geração de renda e da busca de uma integração mais intensa com seu território. Ou seja, de acordo com o que propõe a Atenção Psicossocial e as possibilidades de atendimento em saúde mental na Atenção Básica que apresentamos nos capítulos I e II.

Na avaliação da equipe houve uma pequena melhora na relação com os outros setores do município depois da criação do CSM: tem mais autonomia e legitimidade na discussão dos casos, na realização e efetivação dos encaminhamentos que os usuários necessitam e maior apoio da Coordenação da Saúde. Apesar disto, estas tensões com os outros setores têm gerado impotência e desalento nos profissionais.

A equipe mesmo tendo realizado reuniões com os outros setores e no dia a dia discutir e realizar ações integradas nos casos que lhe são encaminhados e os que encaminham, tem percebido que estes avanços e as perspectivas de mudanças são pequenas. Uma das

possibilidades que vislumbram são por um lado incrementar as atividades, com a recomposição do número de profissionais da equipe e mesmo uma ampliação destes e a institucionalização do serviço com de saúde mental, que poderia ser conseguido com a transformação deste em CAPS. Esta é uma possibilidade que tem sido discutida entre o município e o Departamento Regional de Saúde, mas até o momento sem uma definição. Uma outra é que com o apoio da atual coordenadora de saúde que esta possa responsabilizar os outros setores a acolherem as demandas que lhe são próprias e abrir possibilidades de ações em conjunto, por meio de discussões com os outros coordenadores dos setores assistenciais do município.

Talvez por estas duas possibilidades não dependerem somente do empenho destes profissionais e em certa medida, também não garantirem que estas tensões se transformem em articulações e ações conjuntas com os outros setores, tem feito com que neste aspecto os profissionais sintam-se desesperançados. Acreditam que talvez as mudanças, se ocorrerem, sejam pequenas e depois de um tempo as coisas voltem como estão. Como relatado por uma das profissionais esta impotência faz com que deixem de lado o confronto e muitas vezes caiam no conforto, mas com grande dose de incômodo. Isto por aspirarem a uma maior integração entre os setores do município, para a melhoria do cuidado aos usuários da saúde mental.

- “Vamos atravessar a rua e ir juntos lá!”

Em um esforço de síntese, a criação do CSM foi uma ruptura com o Centro de Saúde, no qual as ações de saúde mental do município eram realizadas e uma busca de afirmação de um serviço específico de saúde mental, do “roxinho”, e dos profissionais terem maior potência e autonomia para construir uma identidade de saúde mental no município.

Pelas demandas, possibilidades, tensões e características do município e experiências dos profissionais este serviço funciona como um híbrido. Ele tem ao mesmo tempo algumas práticas que podemos relacionar a uma Unidade Básica de Saúde e outras relacionadas a ambulatório de saúde mental, estas realizadas em maior número, mas não se configurando inteiramente como um ambulatório. Cabe apontar que o CSM realiza também algumas práticas não são comuns destes dois tipos de serviços e que remetem a outras possibilidades de organização de serviços de saúde mental, talvez mais próximas dos CAPS.

Em seu cotidiano, estes profissionais foram conseguindo cozinhar um comum em suas rotinas de trabalho e com um entendimento que a multiplicidade é um motor da produção deste comum, sendo caro a estes profissionais o respeito às diferenças, opiniões e pontos de vista diversos dentro da equipe. Com esta construção, estes demonstraram satisfação com as atividades e práticas que realizam com os usuários e seus familiares e na convivência afetiva que construíram na cozinha do roxinho.

Apesar disto, percebemos que a equipe tem sido desafiada, pelas tensões apresentadas na relação com os outros setores do município, a ir além do comum que construiu, a um movimento de descentrar-se de si e voltar-se ao território no qual está inserida. Tem sido solicitada ao protagonismo de “cozinhar” a construção e matriciamento de uma rede de assistência em saúde mental no município, ou seja, da construção de um *entre* serviços e de um comum neste território, com outros ingredientes, temperos e formas de preparo que terão que ser elaborados.

Enquanto possibilidade de enfrentar as tensões e a impotência sentida pela equipe pelo “atravessa a rua e vai lá”, o CSM pode se valer de ser um híbrido, da potência que demonstraram de construir práticas em comum dentro de seu espaço institucional, para se abrir cada vez mais ao seu território. Isto talvez possa levar a que a fala dos profissionais do município as pessoas com sofrimento psíquico possa ser: vamos atravessar a rua e ir juntos lá!

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho três caminhos, com suas singulares, foram se atravessando e interferindo um no outro: o trajeto do profissional/pesquisador, o histórico que traçamos da Reforma Psiquiátrica e as transversalizações que produziram nas reflexões e práticas no Brasil e o acompanhamento do cotidiano da equipe do CSM.

Iniciaremos pelo segundo. A partir das experiências que elegemos como mais emblemáticas do processo da Reforma Psiquiátrica, traçamos linhas sobre os entendimentos que tinham do sofrimento psíquico e do processo de trabalho em equipe, como que este se articulava com o cuidado ao sofrimento psíquico e, finalmente, as relações que estes serviços de saúde mental estabeleciam com seu território. Nestas pudemos perceber que várias questões formuladas por aqueles momentos da Reforma e suas práticas, se fazem pertinentes ainda hoje em muitos aspectos à realidade brasileira e provavelmente a de outros países. Questões como as tensões entre a função de acolhimento/proteção e autonomia dos usuários; a necessidade da existência ou não do hospital psiquiátrico e sua função; o profissionalismo/despecialização dos trabalhadores e o papel do voluntariado; o entendimento da diferença e multiplicidade como produtores de saúde e inserção social; o permanente questionamento das práticas e rotinas institucionais e da própria instituição pelos trabalhadores, usuários e sociedade; o cuidado e o comum como produzidos nos encontros e entre as pessoas; a importância do atravessamento e inserção dos serviços de assistência no território.

Assim, acreditamos que o conhecimento e problematização das questões que estas experiências trazem, especificamente nos seus aspectos referentes ao processo de trabalho em equipe e a produção de cuidado, trazem importantes contribuições para o debate da centralidade do trabalho em equipe e suas práticas na Saúde Mental na perspectiva da Atenção Psicossocial.

A potência destas experiências pode ser percebida nas influências que trouxeram, não só para o início do processo da Reforma Psiquiátrica e Sanitária no país, mas também nas atuais reflexões e práticas sobre os processos de trabalho na saúde e a produção de cuidado pelos profissionais e pesquisadores brasileiros que trouxéssemos à conversa neste trabalho.

Os conceitos-ferramentas que apresentam são importantes para o debate sobre as fronteiras disciplinares/profissionais e suas tensões com a construção de um entre-comum e da produção do cuidado ser centrada nas necessidades do usuário. Igualmente da importância de ferramentas como Equipe de Referência e Apoio Matricial na possibilidade de operar estas

tensões produzindo saúde, autonomia e participação, tanto aos usuários como aos trabalhadores, e como modos de indisciplinar e/ou desespecializar as profissões. Assim, estes conceito-ferramentas e práticas mostram-se como elementos relevantes para análises e intervenções em equipes tomadas como dispositivos.

Neste sentido, a utilização de alguns destes conceitos-ferramentas, com apontamos, mostrou-se um aporte potente para nosso trabalho empírico, pois possibilitaram ao pesquisador traçar linhas de análise, revelar analisadores do processo de trabalho e, ao mesmo tempo, criar estratégias de problematização e reflexão das práticas para os profissionais do CSM.

Com esta primeira parte do trabalho tivemos a intenção de trazer ao debate o histórico da construção da equipe em saúde mental como dispositivo, nos momentos mais emblemáticos da Reforma Psiquiátrica, e algumas transversalizações que estes provocaram nas práticas e entendimentos do processo de trabalho entre-profissional em saúde e saúde mental no Brasil, incluindo nestes os aportes produzidos pela Atenção Psicossocial. Com isto esperamos que estes possam trazer contribuições, e outros debates, as práticas, pesquisas e intervenções sobre a complexidade do cuidado ao sofrimento psíquico, o trabalho articulado dos profissionais na busca da produção de um espaço comum de atuação e das relações dos serviços com o seu território.

A outra parte do trabalho, que como apontamos está intrinsicamente ligada a acima, foi o acompanhamento da equipe do CSM. Tomando como base as pesquisas realizadas em outros serviços de saúde mental, que apresentamos na introdução, e as reflexões e práticas que apontamos acima, destacamos alguns pontos que consideramos mais relevantes deste processo.

Um ponto que julgamos importante no trabalho empírico realizado foi a estratégia dos encontros com os profissionais, a partir das temáticas surgidas no acompanhamento do cotidiano. Ao pesquisador trouxeram a possibilidade de transformar fragmentos de percepções em análises, aprofundar impressões percebidas e trazer novas questões e analisadores para o entendimento de como ocorrem os processos de trabalho no CSM. Aos profissionais, a possibilidade da expressão de suas contribuições e reflexões a este processo, de poderem discutir questões do seu cotidiano a partir das percepções de um outro (o pesquisador) e terem restituições das nossas impressões sobre o funcionamento, potencialidade e tensões de seu trabalho em equipe.

Damos destaque também à disponibilidade e desejo dos profissionais daquele serviço da construção de práticas comuns. As tensões que surgiram e que relatamos foram

transformadas em possibilidades de afirmação e construção de um espaço comum na equipe, de “entrar na roda”. Demonstraram também respeito às diversidades e contradições sem a busca de uma unidade totalizante, um comum instituído, e que perderia assim a potência do movimento, da criação e da invenção. Referimos novamente que esta foi uma questão encontrada nesta pesquisa que diferiu das que apresentamos na introdução deste estudo, como as de Abuhab et al (2005) e Silva (2010). Estas referiram o temor dos profissionais com a construção de práticas comuns no trabalho em equipe, vistas como risco de invasão dos núcleos e práticas profissionais.

Em outra direção e este temor, temos como uma das estratégias produzidas pela equipe do CSM na produção deste comum – a cozinha – como espaço ao mesmo tempo de reunião de equipe, discussão de caso, relaxamento, discussões, “falar bobagem” e outras possibilidades. Nesta se alimentam os encontros e se “cozinha” o comum desta equipe tendo como finalidade o cuidado ao usuário.

Assim, parece-nos importante para a construção de processos de trabalhos coletivos em equipe que estes serviços, além das atividades organizativas do cotidiano – reuniões formais, discussões de casos, elaboração de projetos terapêuticos - possam criar a(s) sua(s) “cozinha(s)”. Ou seja, locais de encontro dos profissionais que deem possibilidade de que algo aconteça – o processo dinâmico da construção do entre-profissional e do comum. De que modo? Acreditamos que não existem prescrições que possam ser universais, o mais importante é a disponibilidade dos profissionais de estarem juntos e de partilharem, sem receios de perder sua identidade profissional, suas práticas, experiências profissionais e subjetividades. Cada equipe deve criar seus caminhos...

A articulação do CSM com o território e outros setores do município é uma questão a ser desenvolvida por esta equipe. As dificuldades existentes são semelhantes as apontadas por outras pesquisas realizadas, tanto em pequenos municípios como em capitais, conforme apontam Luzio (2003) e Silva (2010). Entre estas, a da gestão municipal e das equipes demonstrarem disponibilidade para estas parcerias; a pouca oferta de equipamentos e programas de educação, trabalho, esporte, lazer e cultura principalmente nos pequenos municípios e o preconceito e uma visão medicalizante do sofrimento psíquico.

Estas questões se apresentam como paradoxais em se tratando dos municípios pequenos e pelo próprio sentido da municipalização das ações de saúde, assistência social e educação, a de possibilitar que o cidadão possa ter acesso aos serviços que necessita, com maior participação, integração e articulação entre eles e controle social dos mesmos. Mas, como traz a experiência da equipe do CSM, a proximidade não implica, necessariamente, em

maior disponibilidade de integração entre os serviços e a inserção do sofrimento psíquico no território.

Parece que então, independente do tamanho dos municípios, cabe aos serviços de saúde mental e suas equipes o protagonismo da criação e articulação permanente de uma rede intersetorial de assistência em saúde mental, entendida em seu sentido mais amplo - como prevenção, assistência, ressocialização e promoção de saúde, por mais entraves, dificuldades e resistências que possam existir.

Pois os serviços de saúde mental, em nosso entendimento, devem abandonar a posição de proteção e busca de suprir todas as demandas e necessidades de seus usuários. Nenhum serviço de saúde ou saúde mental tem ou terá esta possibilidade, por mais recursos e integração entre os profissionais que tenha. Cabe as equipes construir pontes, articulações, ações conjuntas com os diversos setores do seu território.

Aqui as estratégias do Apoio Matricial e Equipes de Referência, a discussão intersetorial (saúde, assistência social, educação, cultura e outros) a partir de demandas ou casos, a articulação de ações de promoção e educação em saúde e a criação de espaços para que profissionais dos diversos setores possam trocar práticas e experiências podem ser caminhos.

Ainda em relação as particularidades dos pequenos municípios, temos as potencialidades e dificuldades que a atual política de saúde mental traz para a constituição de serviços de assistência. Aos municípios com menos de 20.000 habitantes, a maioria dos existentes no país, fica a opção de se consorciarem para a criação de CAPS intermunicipais ou de utilizarem para esta assistência os serviços e programa disponíveis – centros de saúde, unidades básicas de saúde e Saúde da Família. Se por um lado, como apontamos, isto traz possibilidades abertas para que a estruturação destas ações de saúde mental, na Atenção Básica, possam ter configurações variadas e híbridas, como no caso do CSM, e trazem a questão das dificuldades de financiamento das ações e recursos humanos para estes serviços.

Um exemplo é a situação atual do CSM. É uma Unidade Básica de Saúde que realiza somente atendimentos em saúde mental, mas fica à mercê do entendimento que a gestão municipal tenha da necessidade deste funcionamento e das verbas para manutenção e pessoal, que a cada mudança da gestão municipal podem ser alteradas. Assim, ficou claro que mesmo com dúvidas dos profissionais sobre a necessidade ou mesmo viabilidade de que este seja transformado em CAPS, percebem esta possibilidade como talvez a única, no momento, de poderem garantir a continuidade daquele serviço como de saúde mental e com um financiamento apropriado.

Será que não teríamos que pensar em ampliar as possibilidades de financiamento e tipos de serviços de saúde mental, que pudessem ser criados nos pequenos municípios e que fossem ao encontro das necessidades e possibilidades que apresentam? Equipes de Saúde Mental na Atenção Básica? Centros de Saúde Mental? Unidades de Saúde Mental?

Com isto não queremos colocar que acreditamos que somente a criação de novos tipos de serviços de saúde mental ou equipes necessariamente irão impactar na integralidade do cuidado aos usuários, mas poderiam trazer possibilidades de novos arranjos, articulações e inserções nestes territórios, para além do modelo de financiamento e organização de CAPS, atualmente existente.

Uma das questões que levantamos no início desta pesquisa foi se existiria um funcionamento Psicossocial de equipe na Saúde Mental. Após esta jornada, cremos que só podemos levantar algumas pistas sobre isto.

Acreditamos que este funcionamento deve se basear no entendimento do sofrimento psíquico como um campo complexo, multideterminado e produzido histórico e socialmente. Seu cuidado deve ser calcado não no paradigma doença-cura e carência-suprimento e sim como invenção de saúde, existência-sofrimento e inserção social do usuário e este como protagonista de seu próprio cuidado. Para tanto é necessário tanto o concurso de profissionais e não-profissionais com formações diversas em uma atuação ao mesmo tempo integrada, entre-profissional e com a construção de campo comum de cuidado, que estes serviços sejam permeáveis e atravessados pelo território e que a inserção social e produção de vida do usuário lá se realize.

O processo de realizar esta pesquisa trouxe respostas a algumas questões que tínhamos formulado e outras questões, conforme apresentamos. Também trouxe a possibilidade de habitar, junto a esta equipe de saúde mental, um espaço para mim até então inexplorado para este pesquisador – da realização de uma pesquisa-intervenção, e deste modo, uma convivência próxima e prologada com esta.

Nunca se sai o mesmo de um encontro, nós nos modificamos e também modificamos o outro. Mais ainda quando foram encontros, com continuidade e frequência e que nos deram a possibilidade de reflexão tanto coletiva, como nos vários encontros com os profissionais do CSM e com as reflexões e diálogos que são propiciados na construção de um trabalho acadêmico.

Este trabalho só fortaleceu em mim que para as mudanças necessárias no cuidado à integralidade ao sofrimento psíquico, devemos buscar mudanças na formação dos profissionais de saúde e das demais áreas assistenciais. Estas devem ir no sentido da visão do

ser humano como complexo e com uma subjetividade plural e polifônica e que no território devem ser criadas estratégias de cuidado que primem pela centralidade do cuidado no usuário. Finalmente, que este cuidado só pode ser produzido no encontro entre subjetividades, ao mesmo tempo singulares, autônomas, mas também generosas e que se sejam responsáveis pelo outro e pelo coletivo.

REFERÊNCIAS

ABUHAB, Deborah et al. O Trabalho em Equipe Multiprofissional no CAPS III: Um Desafio. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 26, n. 3, dezembro, p. 369-380, 2005. Disponível em: <[http://www.ufrgs.br/eenf/revista/revista2005/revista2005\(3\)/O%20TRABALHO%20EM%20EQUIPE.pdf](http://www.ufrgs.br/eenf/revista/revista2005/revista2005(3)/O%20TRABALHO%20EM%20EQUIPE.pdf)>. Acesso em: 09 fev. 2008.

ALVAREZ, Johnny; PASSOS, Eduardo. Cartografar é Habitar um Território Existencial. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana. **Pistas do Método da Cartografia**. Porto Alegre: Sulina, 2010, p. 131-149.

AMARANTE, Paulo. A (Clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (coord.) **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003, p. 45-65.

AMARANTE, Paulo. Prefácio - A Tradição Basagliana e a Invenção de Uma Nova Psiquiatria. In: BARROS, Denise D. **Jardins de Abel: Desconstrução do Manicômio de Trieste**. São Paulo: Lemos, 1994.

AMARANTE, Paulo (coord.). **Loucos pela Vida - A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMARANTE, Paulo D. C. **O Homem e a Serpente: Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ANDRADE, Luiz O. M.; BUENO, Ivana C. H.; BEZERRA, Roberto C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S (org.) **Tratado de Saúde Coletiva**, São Paulo: Hucitec, 2007.

ARCHIVES HUB. Dingleton Hospital. 2014. Disponível em: <<http://archiveshub.ac.uk/features/dingleton.html>>. Acesso em: 08 mar. 2014.

BARROS, Denise D. **Jardins de Abel: Desconstrução do Manicômio de Trieste**. São Paulo: Lemos, 1994.

BARROS, Laura P.; KASTRUP, Virgínia. Cartografar é Acompanhar Processos. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana. **Pistas do Método da Cartografia**. Porto Alegre: Sulina, 2010, p. 52-75.

BARROS, Regina D. B. Dispositivos em Ação: O Grupo. In: Silva, André E. et al. (orgs). **SaúdeLoucura 6 – Subjetividade Questões Contemporâneas**. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 181-191.

BASAGLIA, Franco. **A Psiquiatria Alternativa: Contra o Pessimismo da Razão, o Otimismo da Prática**. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BASAGLIA, Franco et al. Considerações sobre uma Experiência Comunitária. In: AMARANTE, Paulo D. C. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BASAGLIA, Franco. O Circuito do Controle: Do Manicômio à Descentralização Psiquiátrica. In: BASAGLIA, Franco. **Escritos Seleccionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

BATISTA, Nildo A. A Educação Interprofissional na Formação em Saúde. In: CAPOZZOLO, Ângela A.; CASETTO, Sidnei J.; HENZ, Alexandre O. (orgs). **Clínica Comum: Itinerários de uma Formação em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 59-68.

BICHAFF, Regina. **O Trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial: Uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da Reforma Psiquiátrica**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7134/tde-17102006-121439/publico/Regina_Bichaff.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2008.

BION, Wilfred R. **Experiencia en Grupos**. Barcelona: Paidós, 1990.

BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir F. Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária. In: AMARANTE, Paulo D. C. (org.) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, p. 41-72.

CAÇAPAVA, Juliana R.; COLVERO, Luciana A. Estratégias de Atendimento em Saúde Mental nas Unidades Básicas de Saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, vol. 29, n° 4, dez. 2008, p. 573-580. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7628/4683>>. Acesso em: 11 fev. 2011.

CAMPOS, Gastão W. S.; CHAKOUR, Maurício; SANTOS, Rogério C. Análise Crítica sobre Especialidades Médicas e Estratégias para Integrá-las ao Sistema Único de Saúde

(SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, Jan. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v13n1/0233.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

CAMPOS, Gastão W. S.; DOMITTI, Ana C. Apoio matricial e Equipe de Referência: Uma Metodologia para Gestão do Trabalho Interdisciplinar em Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, nº 2, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2012.

CAMPOS, Gastão W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, nº 2, 1999, p. 393-403. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2014.

CAMPOS, Gastão W. S. Saúde Pública e Saúde Coletiva: Campo e Núcleo de Saberes e Práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7093.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2014.

CAMPOS, Gastão W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, p. 229-266, 1997. Disponível em: <http://www.gastaowagner.com.br/index.php/artigos/doc_download/11-subjetividade-e-adm-pessoal>. Acesso em: 11 jun. 2014.

CAPOZZOLO, Angela A.; CASETTO, Sidnei J.; HENZ, Alexandre O. (orgs). **Clínica Comum: Itinerários de uma Formação em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

CECCIM, Ricardo B. Equipe de Saúde: a Perspectiva *Entre-disciplinar* na produção dos Atos Terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. **Cuidado: as Fronteiras da Integralidade**. 4. ed. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ e ABRASCO, 2013, p. 261-280.

CENTRE HOSPITALIER FRANÇOIS TOSQUELLES. Présentation de L'hôpital. 2014. Disponível em: <<http://www.chft.fr>>. Acesso em: 08 mar. 2014.

CLARK, David H. **Psiquiatria Administrativa - Los Roles en la Comunidad Terapéutica**. Buenos Aires: Nueva Visión, 1973.

COSTA-ROSA, Abílio. **Atenção Psicossocial Além da Reforma Psiquiátrica: Contribuições a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva**. São Paulo: Unesp, 2013.

COSTA-ROSA, Abílio. **Saúde Mental Comunitária: análise dialética de um movimento alternativo**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1987.

COSTA-ROSA, Abílio; LUZIO, Cristina A.; YASUI, Sílvio. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as Premissas do Modo Psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, 2001.

COSTA-ROSA, Abílio; LUZIO, Cristina A.; YASUI, Sílvio. Atenção Psicossocial - Rumo a um Novo Paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, Paulo (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003, p. 13-44.

DALLA VECCHIA, Marcelo. **A Saúde Mental no Programa de Saúde da Família – Estudo sobre as Práticas e Significações de uma Equipe**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2006. Disponível em: <http://www.athena.biblioteca.unesp.br/exlibris/bd/bbo/33004064078P9/2006/vecchia_md_m_e_botfm.pdf>. Acesso em: 19 set. 2009.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **I Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2011.

DE LEONARDIS, Ota. Estatuto y Figuras de la Peligrosidad Social. Entre Psiquiatria Reformada y Sistema Penal: Notas Sociológicas. **Revista de Ciencias Penales**, Montevideo, nº 4, 1998, p. 429-449.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Volume 1. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

DELEUZE, Gilles. Qu'est-ce qu'un dispositif? In : **Michel Foucault philosophe**. Rencontre internationale. Paris, janvier 1988. Paris : Seuil, 1989. Tradução de Ruy de Souza Dias. Disponível em: <<http://intermidias.blogspot.com.br/2012/01/o-que-e-um-dispositivo-por-gilles.html>>. Acesso em 04 abr. 2012.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

FERNÁNDEZ, Ana M. **Las Lógicas Colectivas: Imaginarios, Cuerpos y Multiplicidades**. Buenos Aires: Biblos, 2008.

FERNÁNDEZ, Ana M. **O Campo Grupal: Notas para uma Genealogia**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FERREIRA, Aurélio B. H. **Novo Dicionário Eletrônico Aurélio - Versão 7.0**. 5ª edição, 2010.

FERREIRA NETO, João Leite. Intervenção Psicossocial em Saúde e Formação do Psicólogo. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 62-69, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v20n1/a07v20n1.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2015.

FIGUEIREDO, Mariana D.; ONOCKO-CAMPOS, Rosana. Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde de Campinas, SP: Uma Rede ou um Emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 14, nº 1, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a18v14n1.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2011.

FLEMING, Manuela. **Ideologias e Práticas Psiquiátricas**. Porto: Afrontamento, 1976.

FORTUNA, Cinira M. **O Trabalho de Equipe numa Unidade Básica de Saúde: Produzindo e Reproduzindo-se em Subjetividade - Em Busca do Desejo, do Devir e de Singularidades**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-03022009-103507>>. Acesso em: 05 mai. 2015.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. São Paulo: Graal, 2013.

FOUCAULT, Michel. O Anti-Édipo: Uma Introdução à Vida Não Fascista. **Cadernos de Subjetividade**, São Paulo, vol. 1, nº. 1, p.197-200, 1993. Disponível em: <<http://letrafilosofia.com.br/wp-content/uploads/2015/03/foucault-prefacio-a-vida-nao-facista.pdf>>. Acesso em 12 jan. 2016.

FRANCO, Túlio B.; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio M. Integralidade na Assistência à Saúde: A Organização das Linhas de Cuidado. In: MERHY, Emerson E. et al. **O Trabalho em Saúde: Olhando e Experenciando o SUS no Cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2007, p. 125-133.

FRANCO, Túlio. B.; MERHY, Emerson. E. **Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: < http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/textos/mapas_analíticos.pdf >. Acesso em: 15 mar. 2015.

FURTADO, Juarez P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface**, Botucatu, v. 11, n. 22, agosto 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n22/05.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2013.

GALLIO, Giovana; CONSTANTINO, Maurizio. François Tosquelles – A Escola de Liberdade. In: LANCETTI, Antônio (org). **SaúdeLoucura 4 – Grupos e Coletivos**. São Paulo: Hucitec, 1993, p. 85-128.

GUATTARI, Félix. A Transversalidade (1964). In: _____. **Psicanálise e Transversalidade**. Aparecida: Ideias & Letras, 2004.

GUATTARI, Félix. **Caosmose: Um Novo Paradigma Estético**. São Paulo: Editora 34, 2006

GUATTARI, Félix. Onde Começa a Psicoterapia de Grupo? (1971). In: _____. **Psicanálise e Transversalidade**. Aparecida: Ideias & Letras, 2004.

HENZ, Alexandre O.; GARCIA, Maurício L.; COSTA, Samira L.; MAXIMINO, Viviane S. Trabalho Entrepofissional: Acerca do Comum e a Cerca do Específico. In: CAPOZZOLO, Angela A.; CASETTO, Sidnei J.; HENZ, Alexandre O. (orgs). **Clínica Comum: Itinerários de uma Formação em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 163-186.

HOBSBAWM, Eric. **Era dos Extremos. O Breve Século XX – 1914-1991**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades@. 2014. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 26 jun. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Brasil em Síntese. Território. Dados Geográficos. Disponível em: <<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/territorio/dados-geograficos>>. Acesso em: 02 out. 2014.

JAPIASSU, Hilton. **Interdisciplinaridade e Patologia do Saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

JONES, Maxwell. **A Comunidade Terapêutica**. Petrópolis: Vozes, 1972.

LE DICTIONNAIRE. Définition du mot dispositif. 2015. Acesso em: <<http://www.le-dictionnaire.com/definition.php?mot=dispositif>>. Acesso em: 02 fev. 2015.

LEDOUX, Marc. **Qu'est-ce que je Fous la – Psychotherapie Institutionnelle en Resistance et Dialogue avec la Psychiatrie de Qualité.** Kessel: Literarte, 2005.

LOURAU, René. **Análise Institucional e Práticas de Pesquisa.** Rio de Janeiro: NAPE/UERJ, 1993.

LUZIO, Cristina. A. **A Atenção em Saúde Mental em Municípios de Pequeno e Médio Portes: Ressonâncias da Reforma Psiquiátrica.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2003.

LUZIO, Cristina A.; L'ABBATE, Solange. A Atenção em Saúde Mental em Municípios de Pequeno e Médio Portes: Ressonâncias da Reforma Psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, vol. 14, n° 1, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a16v14n1.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2011.

MELO, Victor M. **Uma Experiência Baseada no Apoio Matricial em Saúde Mental: Estratégia para um Atendimento Integral.** Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2009. Disponível em: <http://www.athena.biblioteca.unesp.br/exlibris/bd/bas/33004048021P6/2009/melo_vm_me_assis.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2011.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo B. Práticas de Saúde: Processos de Trabalho e Necessidades. **Cadernos CEFOR.** Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. São Paulo, 1992. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/61303995/Ricardo-Bruno-Mendes-Goncalves-Praticas-de-Saude-Processos-de-Trabalho-e-Necessidades>>. Acesso em: 17 mar. 2012.

MERHY, Emerson E. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs). **Construção Social da Demanda: Direito à Saúde, Trabalho em Equipe, Participação e Espaços públicos.** Rio de Janeiro: IMS, Uerj, Cepesc, Abrasco, 2005, p. 195-206.

MERHY, Emerson E. Prefácio – Vivenciar um Campo de Formação de Profissionais de Saúde: Dobrando em Mim o Fazer da Unifesp-Baixada Santista. In: CAPOZZOLO, Angela A.; CASETTO, Sidnei J.; HENZ, Alexandre O. (orgs). **Clínica Comum: Itinerários de uma Formação em Saúde.** São Paulo: Hucitec, 2013a, p. 19-34.

MERHY, Emerson E. Ver a Si no Ato de Cuidar. In: CAPOZZOLO, Angela A.; CASETTO, Sidnei J.; HENZ, Alexandre O. (orgs). **Clínica Comum: Itinerários de uma Formação em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013b, p. 248-267.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Mental: Relatório Final - 1987**. Brasília: 1988. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CNS_mental.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2015. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=00>. Acesso em 30 dez. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Legislação em Saúde Mental: 1990 – 2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 - Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Portal da Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2008. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM nº 399, de 22 de Fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006a – Consolidação do SUS. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 18 out. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM nº. 648, de 28 de março de 2006 - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 21 jul. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM nº 3088 de 23 de Dezembro de 2011 – Institui a Rede de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html>. Acesso em 16 jun. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. **Relatório Final da 2ª. Conferência Nacional de Saúde Mental - 1992**. Brasília, 1994. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica – O Vínculo e o Diálogo Necessários – Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica**. Circular Conjunta n°. 01/03 de 13 de novembro de 2003. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2010.

MORAIS, Ana P. P. **Saúde Mental na Atenção Básica: O Desafio da Implantação do Apoio Matricial**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-08112010-113219/publico/AnaPatricia.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2011.

MOURA, Arthur H. **Psicoterapia Institucional e o Clube dos Saberes**. São Paulo: Hucitec, 2003.

NASCIMENTO, Carla C. **Apoio Matricial em Saúde Mental: Possibilidades e Limites no Contexto da Reforma Psiquiátrica**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7134/tde-11062007-153348/publico/Carla_Nascimento.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2011.

PAIM, Jairnilson S.; SILVA, Lígia M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010. Disponível em <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 out. 2014.

PASSOS, Eduardo. A Construção da Clínica Comum e as Áreas Profissionais. In: CAPOZZOLO, Angela A.; CASETTO, Sidnei J.; HENZ, Alexandre O. (orgs). **Clínica Comum: Itinerários de uma Formação em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 213-228.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina B. A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, vol. 16, n° 1, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v16n1/4390.pdf>>. Acesso em 30 jun. 2012.

PASSOS, Izabel F. **Reforma Psiquiátrica: As Experiências Francesa e Italiana**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAULON, Simone M.; ROMAGNOLI, Roberta C. Pesquisa-intervenção e Cartografia: Melindres e Meandros Metodológicos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro, vol. 10, n° 1, 2010. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a07.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2013.

PEDUZZI, Marina. **Equipe Multiprofissional em Saúde: A Interface entre Trabalho e Interação**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000186836>>. Acesso em: 16 mar. 2012.

PELBART, Peter P. **A Nau do Tempo-Rei: Sete Ensaios Sobre o Tempo da Loucura**. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

PINTO, Júlio C. S. G. **Integralidade, Clínica Ampliada e Transdisciplinaridade: conceitos para a potencialização das práticas em Saúde Mental**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007a. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp037945.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

PINTO, Tiago R. **Encontros e Desencontros: A Estratégia de Saúde da Família em sua Relação com a Rede de Serviços e Dispositivos Substitutivos em Saúde Mental**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2007b. Disponível em: <<http://www.pg.fmb.unesp.br/projetos/01082007183.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2009.

RAMMINGER, Tatiana. **“Cada CAPS é um CAPS”: A Importância dos Saberes Investidos na Atividade para o Desenvolvimento do Trabalho em Saúde Mental**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://arca.icict.fiocruz.br/bitstream/icict/2551/1/ENSP_Tese_Ramminger_Tatiana.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2015.

RESENDE, Heitor. Política de Saúde Mental no Brasil: Uma Visão Histórica. In: TUNDIS, Silvério A.; COSTA, Nilson R. (orgs). **Cidadania e Loucura - Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1987, p.16-69.

RIBEIRO, Carlos J. S. **Plano Grupal Transdisciplinar – Cartografando uma Equipe de Saúde Mental**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/2149/000315112.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 25 abr. 2008.

RIBEIRO, Sérgio L. A Criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 24, nº 3, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v24n3/v24n3a12.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2006.

RIBEIRO, Sérgio L.; LUZIO, Cristina A. As Diretrizes Curriculares e a Formação do Psicólogo para a Saúde Mental. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 14, nº 2, 2008. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/350/355>>. Acesso em: 17 mar. 2009.

RODRIGUES, Heliana B. C. Quando Clio Encontra Psyche: Pistas para Um (Des)Caminho Formativo. **Cadernos transdisciplinares**, nº 1, p. 33-70, 1998.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma Outra Via - A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: ROTELLI, Franco et al. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SCHITTAR, Lúcio. A Ideologia da Comunidade Terapêutica. In: BASAGLIA, Franco. **A Instituição Negada: Relato de um Hospital Psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1985, p. 135-147.

SILVA, Elisa A. **(Re)visitando a caixa de ferramentas em saúde mental: o cuidado de si como condição para cuidar do outro**. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/15053/1/2013_ElisaAlvesdaSilva.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2015.

SILVA, Juliana C. B. **Entre (Des) Encontros, Tensões e Possibilidades: Reforma Psiquiátrica e Trabalho em Equipe na Cidade do Recife**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de Psicologia, Recife, 2010. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/pospsicologia/images/Dissertacoes/2010/silva%20juliana%20caterine%20barbosa%20da.pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2011.

SILVA, Laura B. C. **Doença Mental, Psicose, Loucura: Representações e Práticas da Equipe Multiprofissional de um Hospital-Dia**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

SYNONYMES. Synonymes de Dispositif. 2015. Disponível em: <<http://www.synonymes.com/synonyme.php?mot=dispositif>>. Acesso em: 02 fev. 2015.

TANAKA, Oswaldo Y.; OLIVEIRA, Vanessa E. Reforma(s) e Estruturação do Sistema de Saúde Britânico: Lições para o SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 1, Abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/02.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2013.

VASCONCELLOS, Vinicius Carvalho de. **A dinâmica do trabalho em Saúde Mental: limites e possibilidades na Contemporaneidade e no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://arca.icict.fiocruz.br/bitstream/icict/5440/2/997.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2015.

YASUI, Silvio; COSTA-ROSA, Abílio. A Estratégia Atenção Psicossocial: Desafio na Prática dos Novos Dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37, 2008. Disponível em: <http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/31767_4100.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2012.

YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros: Desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=639>. Acesso em: 18 mar. 2007.

BASES DE DADOS CONSULTADAS

Acervus – Sistema de Bibliotecas da UNICAMP. Disponível em: <<http://acervus.unicamp.br>>.

Banco de Teses CAPES. Disponível em: <<http://bancodeteses.capes.gov.br>>.

Biblioteca de Saúde Pública – Fiocruz. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/bibsp/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>>.

Biblioteca Virtual em Saúde – BVS. Disponível em: <<http://brasil.bvs.br>>.

Catálogo Athena – UNESP. Disponível em: <<http://www.athena.biblioteca.unesp.br/F?RN=705488603>>.

Dedalus - Banco de Dados Bibliográficos da USP. Disponível em: <<http://dedalus.usp.br>>.

Domínio Público. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/PesquisaObraForm.jsp>>.

Google Acadêmico. Disponível em: <<http://scholar.google.com.br/schhp?hl=pt-BR>>.

Lumem – Sistema de Bibliotecas PUC/SP. Disponível em: <<http://biblio.pucsp.br>>.

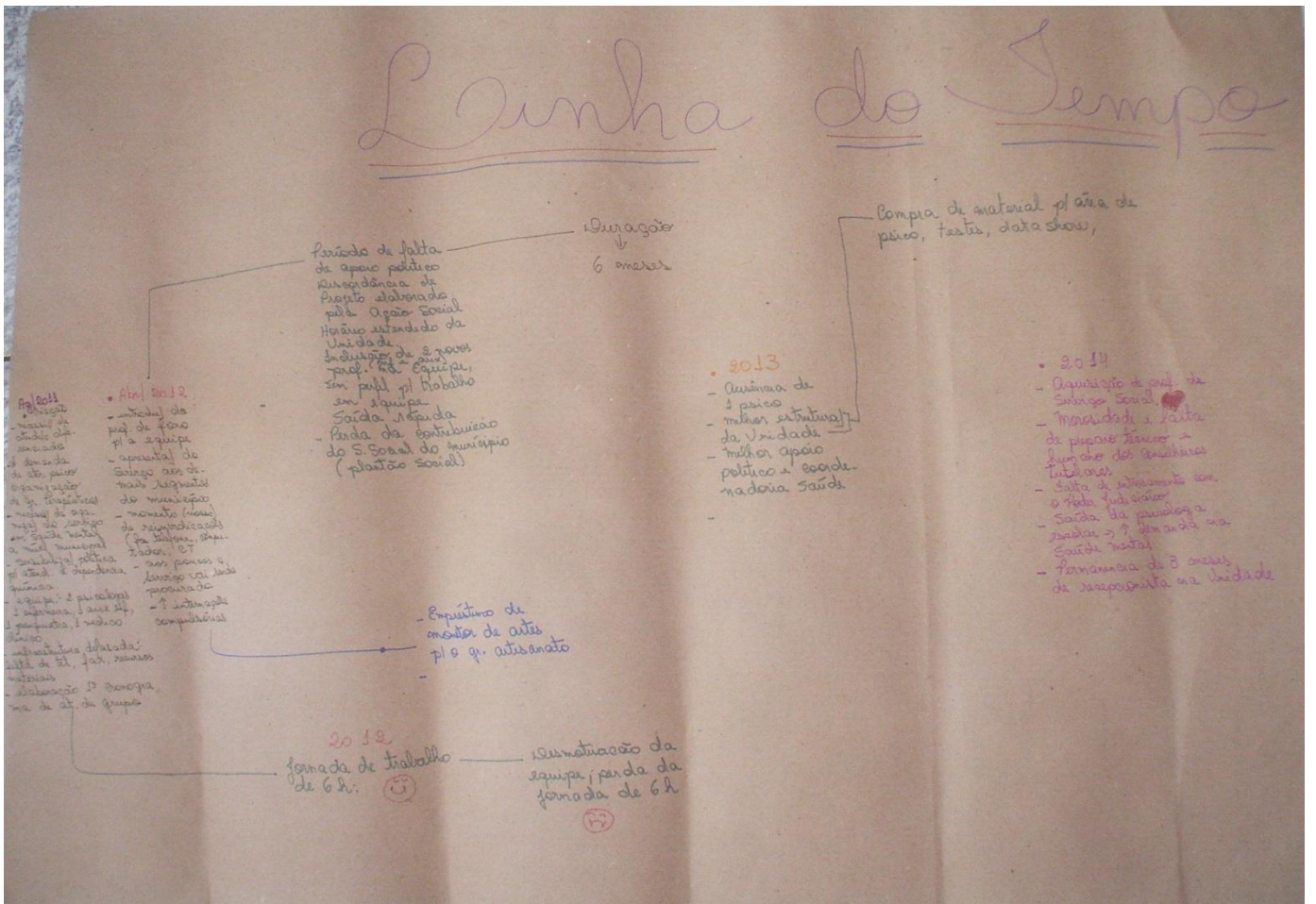
Minerva – UFRJ. Disponível em: <<http://146.164.2.115/F?RN=719408565>>.

SciELO. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_home&lng=pt&nrm=iso>.

Sirius – Rede Bibliotecas da UERJ. Disponível em: <www.rsirius.uerj.brhttp://brasil.bvs.br>.

Sistema de Bibliotecas da UFRGS. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bibliotecas>>.

Apêndice A – Cartaz Encontro Linha do Tempo do CSM



Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO – PUC/SP PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM PSICOLOGIA SOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro Participante:

Gostaria de convidá-lo a participar como voluntário da pesquisa intitulada “O Dispositivo Equipe em Saúde Mental: Um Fazer *Entre* Disciplinas”, que se refere a um projeto de pesquisa do pesquisador Sérgio Luiz Ribeiro, do curso de Doutorado em Psicologia Social da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP.

Os objetivos deste estudo são caracterizar e analisar o trabalho em equipe nas ações de saúde mental na Atenção Básica à Saúde e o funcionamento *entre* disciplinas como mecanismos fundamentais para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. Assim pretende identificar e analisar os modos de funcionamento em equipe, as dimensões de grupalidade e de acionamento/funcionamento *entre* disciplinas e as concepções de trabalho em equipe, Reforma Psiquiátrica e Atenção Psicossocial dos profissionais da equipe deste Centro de Saúde. Os resultados contribuirão no campo da Saúde Mental e da Psicologia Social para trazer aprofundamento do entendimento da constituição e consolidação do trabalho em equipe nos serviços de saúde da Atenção Básica à Saúde que oferecem ações de saúde mental, particularmente, no tocante ao funcionamento *entre* disciplinas no trabalho em equipe. Aos participantes pretende-se que as observações e análises do pesquisador sobre o cotidiano desta equipe possam trazer reflexões individuais e coletivas sobre o processo de trabalho e sobre as articulações entre os vários saberes profissionais na constituição do trabalho integrado em equipe.

Resumidamente, a pesquisa será realizada da seguinte forma: o pesquisador irá acompanhar o cotidiano das atividades realizadas no Centro de Saúde e as reuniões de equipe e discussão de casos. Ao final desta participação o pesquisador fará uma reunião de devolutiva com a equipe sobre as informações colhidas. Sua forma de participação consiste em autorizar o acompanhamento do pesquisador das atividades realizadas e na sua participação na reunião de equipe e de discussão de casos. Também de lhe fornecer informações, esclarecimentos e depoimentos sobre o tema em estudo.

Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato, e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários e a instituição.

Não será cobrado nada, não haverá gastos e não estão previstos ressarcimentos ou indenizações.

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como mínimo.

Gostaria de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda interromper sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma ou sem nenhum tipo de prejuízo. Nesta pesquisa, você poderá recusar-se a responder ou dar depoimento a questões que causem eventuais constrangimentos de qualquer natureza a você.

Desde já, agradeço sua atenção e participação e coloco-me à disposição para maiores informações.

Você ficará com uma cópia deste Termo e em caso de dúvidas ou necessidade de outros esclarecimentos sobre esta pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador: Sérgio Luiz Ribeiro, Rua Moysés Leme da Silva, 4-20 ap. 403, CEP 17.017-335, Bauru/SP, Fone (14) 3227-4558.

Eu _____ (*nome do participante e número de documento de identidade*) confirmo que Sérgio Luiz Ribeiro explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como a forma de minha participação. As condições que envolvem a minha participação também foram discutidas. Autorizo a gravação em áudio dos depoimentos e participação em reuniões que porventura venha a dar e sua posterior transcrição pelo pesquisador, para fins de ensino e pesquisa. Autorizo a publicação deste material em meios acadêmicos e científicos e estou ciente de que serão removidos ou modificados dados de identificação pessoal e da instituição, de modo a garantir minha privacidade e anonimato e da instituição.

Eu li e compreendi este Termo de Consentimento; portanto, concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

(Local e data:)

(Assinatura do participante)

Eu, Sérgio Luiz Ribeiro, obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do participante da pesquisa.

Sérgio Luiz Ribeiro
Pesquisador responsável

O projeto desta pesquisa teve seus aspectos técnicos, acadêmicos e éticos previamente examinados e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC/SP – CEP PUC/SP e registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), site: <http://plataformabrasil.saude.gov.br>.

Contato:

Comitê de Ética em Pesquisa da PUC/SP – CEP PUC/SP

Rua Ministro Godói, 969, sala 63-C (Térreo), Perdizes, São Paulo/SP - CEP 05.015-001.

Fone: (11) 3670-8466, e-mail: cometica@pucsp.br, site: <http://www.pucsp.br/cometica>.

- Número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 14306613.1.0000.5482.
- Número do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa: 441.542.
- Data da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa: 28/10/2013.

Anexo A – Aprovação da realização da Pesquisa pelo CEP – PUC/SP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O DISPOSITIVO EQUIPE EM SAÚDE MENTAL: UM FAZER ENTRE DISCIPLINAS

Pesquisador: Sérgio Luiz Ribeiro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 14306613.1.0000.5482

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da PUC/SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 441.542

Data da Relatoria: 28/10/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa de doutorado em Psicologia Social do aluno Sérgio pretende caracterizar e analisar o dispositivo equipe nas ações de saúde mental na Atenção Básica à Saúde e o funcionamento entre disciplinas como mecanismos fundamentais para a consolidação da Reforma Psiquiátrica na perspectiva da Atenção Psicossocial. A coleta de dados será realizada junto a uma equipe de saúde mental de um Centro de Saúde de uma cidade do interior do Estado de São Paulo.

O trabalho de campo será composto da observação do cotidiano das atividades realizadas neste CS e das reuniões de equipe e discussão de casos, sendo estas registradas no diário de campo do pesquisador.

Objetivo da Pesquisa:

Caracterizar e analisar o dispositivo equipe nas ações de saúde mental na Atenção Básica à Saúde e o funcionamento entre disciplinas como mecanismos fundamentais para a consolidação da Reforma Psiquiátrica na perspectiva da Atenção Psicossocial;

Como objetivos específicos, elenca:

- Sistematizar e ampliar teoricamente o debate sobre o processo de trabalho em equipe como estratégia central no campo da Reforma Psiquiátrica.
- Identificar e analisar os modos de funcionamento em equipe e seus efeitos no cuidado aos

Endereço: Rua Ministro Godói, 969 - sala 63 C

Bairro: Perdizes

CEP: 05.015-001

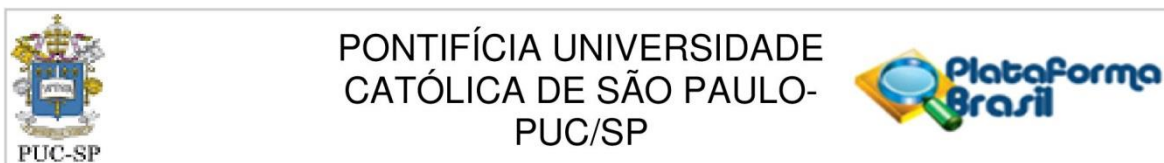
UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3670-8466

Fax: (11)3670-8466

E-mail: cometica@pucsp.br



Continuação do Parecer: 441.542

usuários, as dimensões de grupalidade e de acionamento/funcionamento entre disciplinas e as concepções de trabalho em equipe, Reforma Psiquiátrica e Atenção Psicossocial dos profissionais da equipe de um Centro de Saúde do interior do Estado de São Paulo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os procedimentos da pesquisa de campo são centrados na observação do cotidiano das atividades realizadas nos serviço e reuniões de equipe e discussão de casos da unidade. Ao final da pesquisa de campo será feita reunião final com a equipe para apresentação e discussão do material levantado durante a pesquisa.

Os riscos aos participantes da pesquisa serão mínimos, visto que não será realizada durante a pesquisa nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis psicológicas e sociais dos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa bem fundamentada que visa aprimorar o conhecimento sobre o funcionamento, formação, constituição, processo de trabalho em equipe em Saúde Mental em Centros de Saúde, principalmente sobre as potencialidades e percalços da implantação e consolidação destas equipes, do funcionamento entre disciplinas, sua consonância com os ideais da Reforma Psiquiátrica na perspectiva da Atenção Psicossocial e os reflexos destas ações no cuidado ao sofrimento psíquico dos usuários e no trabalho cotidiano destes profissionais. Nesse sentido, traz contribuições à área de conhecimento e não causa qualquer tipo de risco aos participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE está redigido de forma clara e correta. O parecer da unidade não foi anexado ao processo. A Folha de Rosto está devidamente preenchida e assinada pelo coordenador o Programa de Pós em Psicologia Social. Traz, ainda, uma autorização à parte de uma enfermeira que supostamente é da unidade onde será aplicada a pesquisa, mas não há informações precisas sobre isso.

Recomendações:

Recomendamos ao pesquisador que desenvolva a pesquisa em tela, da forma que esta foi apresentada e avaliada por este Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-PUC/SP). Sendo que quaisquer alterações que vierem a ocorrer, devem ser imediatamente informada ao CEP-PUC/SP, indicando a parte do protocolo de pesquisa que foi alterada, acompanhada das justificativas para tal alteração.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Tendo em vista que a pesquisa não incorre em nenhum procedimento que ponha em risco os

Endereço: Rua Ministro Godói, 969 - sala 63 C		
Bairro: Perdizes	CEP: 05.015-001	
UF: SP	Município: SAO PAULO	
Telefone: (11)3670-8466	Fax: (11)3670-8466	E-mail: cometica@pucsp.br



Continuação do Parecer: 441.542

envolvidos e não apresenta problemas de natureza ética, somos de parecer favorável à sua aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO PAULO, 31 de Outubro de 2013

Assinador por:
Edgard de Assis Carvalho
(Coordenador)

Endereço: Rua Ministro Godói, 969 - sala 63 C
Bairro: Perdizes **CEP:** 05.015-001
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3670-8466 **Fax:** (11)3670-8466 **E-mail:** cometica@pucsp.br

Anexo B – Termo Autorização para Pesquisa

....., dede 2014

Ao

Comitê de Ética em Pesquisa da PUC/SP - CEP-PUC/SP

A/c Prof. Dr. Edgard de Assis Carvalho

Coordenador do CEP-PUC/SP

Autorização para realização de pesquisa

Eu, _____ (diretor/coordenador/reitor/responsável) da _____ (nome da instituição coparticipante), venho por meio desta informar a V. S^a. que autorizo o pesquisador Sérgio Luiz Ribeiro, aluno do curso de Doutorado em Psicologia Social da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP a realizar a pesquisa intitulada “O Dispositivo Equipe em Saúde Mental: Um Fazer *Entre* Disciplinas”, sob orientação da Profa. Dra. Maria Cristina Gonçalves Vicentin.

Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como *instituição coparticipante* do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Assinatura e carimbo do responsável institucional