

Representações sobre Formação Educacional e Políticas de Saúde por Profissionais Atuantes em Serviços Substitutivos de Saúde Mental

Maria Alice Ornellas Pereira¹
Alfredo Pereira Junior²

Resumo: A implantação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira traz consigo novas demandas para o sistema de atendimento em Saúde Mental. Este estudo teve como objetivo investigar representações de profissionais de serviços substitutivos acerca de sua prática assistencial, dentre as quais enfocamos concepções a respeito de sua formação educacional e das políticas de saúde. Adotando abordagem qualitativa, a pesquisa teve a participação de quinze sujeitos, que foram ouvidos em entrevistas semi-estruturadas. Da análise das entrevistas, identificamos os temas Formação Educacional e Políticas de Saúde, que são aqui apresentados e discutidos. Foram identificadas lacunas na formação educacional e na condução das políticas de saúde, no que tange à preparação e fornecimento de subsídios para a efetivação dos processos de reabilitação psicossocial preconizados pela Reforma Psiquiátrica.

Palavras-chave: Formação Educacional, Políticas de Saúde, Reforma Psiquiátrica, Reabilitação Psicossocial, Saúde Mental.

Introdução

O processo de transformação pelo qual vem passando a assistência psiquiátrica no país tem desencadeado complexas mudanças, levantando discussões sobre a necessidade de reorganização da prática dos profissionais da equipe de Saúde Mental perante as novas formas de assistência adotadas. A criação de novos serviços ligados às redes municipais e estaduais, como os anteriores NAPS - Núcleos de Atenção Psicossocial, os CAPS - Centros de Atenção Psicossocial, os Hospitais-Dia, as Oficinas Terapêuticas e as Pensões Protegidas, e mais recentemente a implantação de modalidades de assistência em Saúde Mental nas unidades que desenvolvem a Estratégia Saúde da Família (ESF) e em Unidades Básicas de Saúde (UBS) não significam somente alternativa à internação, mas a abertura de possibilidades de trabalho comunitário reintegrador ao contexto social, capaz de dar nova significação individual e social para as pessoas acometidas pelo transtorno mental e também para suas famílias.

Apesar destas transformações, em 2004 ainda existiam 55.792 leitos em hospitais psiquiátricos, dos quais 7.660 sem vinculação com o SUS, 48.132 vinculados ao SUS, ao passo em que foram implantados 546 Centros de Atenção Psicossocial (Brasil, MS, 2004). Dados mais recentes indicam a existência de 1011 Centros de Atenção Psicossocial no território nacional (BRASIL, MS, 2007). Observa-se que o processo de transformação da

¹ Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Campus de Botucatu – malice@fmb.unesp.br.

² Professor Adjunto do Departamento de Educação do Instituto de Biociências – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Campus de Botucatu – apj@ibb.unesp.br.

assistência psiquiátrica brasileira vem sendo gradativamente efetivado nos serviços de saúde do país, convivendo com as formas tradicionais de assistência pautadas no paradigma psiquiátrico anterior.

Nessa ótica, a política de Saúde Mental adotada no país tende a seguir as recomendações da Organização Mundial de Saúde, no sentido de dotar recursos sempre menores aos hospitais psiquiátricos, deslocando-os em direção a estruturas comunitárias mais elásticas e contextualizadas. Embora os papéis que competem a cada um estejam em processo de construção, não há dúvida quanto à necessidade de reorientação dos modelos de assistência, tendo em vista a importância da restituição do respeito à pessoa portadora de transtorno mental e restabelecimento de seus laços sociais. Este movimento de transformação traz conflitos a serem enfrentados, conduz a outro saber que exige flexibilidade nas ações e papéis dos diversos profissionais da equipe, além de rever conceitos que poderão ser traduzidos em mudanças na forma de se organizar o cuidado.

O conceito de reabilitação psicossocial apresenta-se bastante apropriado na dinâmica em transformação, pois configura como conjunto de estratégias direcionadas a aumentar as possibilidades de trocas, de valorização das subjetividades, de proporcionar contratualidade e solidariedade. Os atuais projetos voltados para o modelo de reabilitação psicossocial têm focado quatro aspectos: moradia, trabalho, família e criatividade (lúdico/artística), sendo o trabalho entendido como produção e troca de mercadorias e valores (SARACENO, 1999).

Nos espaços criados também vagueiam inquietações e dúvidas sobre como fazer o cotidiano da assistência, como direcionar para que os cuidados produzidos sejam de fato reabilitadores e produtores de sentido. Há a necessidade de compreender o outro e de ter capacidade para acolher a pessoa que sofre o transtorno mental. Constitui desafio para os profissionais a prática de interrogar as próprias ações, o exercício do compromisso ético, assim como a capacidade de estabelecer vínculos e estar receptivo ao outro.

Nessa perspectiva, o presente estudo teve como objetivo investigar as representações elaboradas por profissionais de serviços substitutivos acerca de sua prática, enfocando suas avaliações a respeito da adequação da formação educacional recebida, e das políticas públicas voltadas para a implementação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Os registros obtidos nesta pesquisa são úteis para se avaliar a trajetória deste processo, e para cotejamento com dados mais recentes, na mesma região ou em outros centros urbanos do país, conforme Ribeiro (2005) e Brêda (2006).

Metodologia

Esta pesquisa insere-se nos pressupostos do método qualitativo de investigação, em que trabalhamos com a significação que um indivíduo ou determinado grupo atribui aos fenômenos que lhe diz respeito. A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta dos dados, e o pesquisador como seu principal instrumento (TRIVINOS, 1994).

Realizamos entrevistas durante o primeiro semestre do ano de 2003, em dois serviços abertos da região de Ribeirão Preto - SP: o Hospital Dia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, e o Núcleo de Atenção Psicossocial de Ribeirão Preto (NAPS/RP). Os sujeitos participantes foram profissionais pertencentes às equipes técnicas do NAPS e HD: enfermeiros, psicólogos, médicos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais.

Os sujeitos foram convidados a participar do estudo e tivemos adesão de todos os profissionais que no período de realização das entrevistas encontravam-se na ativa. Assim, foram ouvidos quinze sujeitos. Foi feito convite aos profissionais, esclarecendo os procedimentos éticos da pesquisa, conforme projeto aprovado pelo Comitê de Ética da EERP/USP (Processo Número 0292/2002). Com a anuência dos sujeitos, as entrevistas foram agendadas conforme disponibilidade da dupla, entrevistado-entrevistador, sendo realizadas nos dois contextos escolhidos para o estudo. As entrevistas foram gravadas, tendo a duração média de trinta minutos. Recorremos à entrevista semi-estruturada para a coleta de dados. Eram colocadas para os sujeitos as seguintes questões: O que você entende por Reabilitação Psicossocial? O que considera importante para que ocorra a Reabilitação Psicossocial? Quais são as dificuldades enfrentadas nesse processo?

A partir da “atenção flutuante” (LAPLANCHE e PONTALIS, 1992), foram feitas várias leituras dos textos transcritos, estabelecendo contato com o material obtido. A fase seguinte constituiu-se da *Análise Temática*, que pertence à primeira fase do processo de Análise de Enunciação, proposta por D`Urung (BARDIN, 1994).

Nesta análise, obtivemos o total de cinco temas (Autonomia; Variações no Conceito de Reabilitação Psicossocial; Condições para a Efetivação da Reabilitação; Formação Educacional e Políticas de Saúde). O estudo dos três primeiros temas foi publicado anteriormente (PEREIRA, 2007).

Resultados e Discussão

a) Formação Educacional

O distanciamento entre a realidade vivenciada no cotidiano da assistência e o conhecimento adquirido no processo de formação aparece nos discursos de modo contundente, evidenciando que os profissionais ouvidos neste estudo, embora desenvolvam suas atividades em serviços que se caracterizam por possibilitar práticas inovadoras, foram formados tendo como referências velhas práticas.

“Acho que mudei bastante de postura nos últimos anos, o ponto de vista medicamentoso passou a ser coadjuvante, você passa a ver num outro contexto”.

“A formação, a graduação tem um peso grande, a formação de um modo geral não prepara para se trabalhar em reabilitação, prepara para o modelo tradicional e as pessoas têm que buscar outra formação. E mudar dá trabalho, exige formação, buscar novas alternativas, buscar uma formação específica, e ter um olhar para os usuários, para os pacientes com quem a gente trabalha”.

Considerando que no modelo tradicional a formação ocorre em formato disciplinar, enquanto o trabalho com Reabilitação Psicossocial requer uma abordagem inter ou transdisciplinar, podemos entender as carências sentidas pelos profissionais. Segundo Merhy (2007, p.57), “o trabalho no campo da Saúde Mental é de alta complexidade, múltiplo, interdisciplinar e interprofissional, transdisciplinar e intersetorial”. Confrontado entre os dois modelos de conhecimento, o profissional se vê tentado a acreditar que poderia embasar o novo modelo na formação recebida, como se ambos fossem complementares:

“Penso que é importante trabalhar com os profissionais mais na compreensão que a reabilitação é uma alternativa a mais a tudo o que ele tenha em sua formação, então a reabilitação veio somar à formação de cada um”.

As narrativas mostram que trabalhar em serviços que possibilitam novas práticas não é garantia de transformação, porém, este contexto incita outra compreensão, pede movimentos que conduzem à intersubjetividade, provocando desejos de descobertas. Mudar o modelo anterior significa adotar novas perspectivas, desconstruir a forma de perceber a loucura, o sofrimento psíquico, assumindo compromisso que conduza o profissional a transformar-se a si mesmo, enquanto reelaborações que conduzem ao acolhimento do sofrimento psíquico.

A dinâmica dos vários movimentos ocorridos no processo das transformações pode provocar sensação de despreparo, ou de incapacidade. Não há receitas prontas, rotinas rígidas de procedimento, as ações e as respostas não são iguais, e isso é sentido como mais uma barreira a ser transposta.

“Não é uma coisa que a gente tem na formação, a gente sai da residência muito crus para lidar com outras questões. A residência ensina a lidar com os sintomas, não dá para ter um aprendizado nisso, a gente adquire nas experiências profissionais. A minha experiência no trabalho anterior foi muito boa para parar de pensar como médica. Apenas, para começar a pensar num cuidado mais amplo”.

O sujeito refere-se a serviço de atendimento em Saúde Mental, que, nos últimos anos, vem passando por transformações significativas no cenário da assistência, o que nos leva a refletir que as experiências adquiridas em locais onde se vem configurando a construção do novo modelo de assistir contribuem para a mudança de conceitos e, conseqüentemente, de intervenções.

As práticas adquiridas na reforma psiquiátrica têm produzido transformações nos campos teórico-assistencial, técnico-assistencial, jurídico, político e sociocultural (AMARANTE, 1999). Assim, no campo teórico-assistencial, têm ocorrido mudanças de conceitos, de representações sobre questões pertinentes aos transtornos mentais. Na transformação no campo técnico-assistencial, com o surgimento de novos serviços que substituem os antigos hospitais psiquiátricos, e com a construção - ainda que lenta - de “outros locais” de assistência, de trocas, surgem novas possibilidades de construção de percursos reabilitadores que considerem as subjetividades.

Embora as narrativas de nossos sujeitos tenham demonstrado que perceberam as importantes mudanças nesses dois primeiros campos, houve também relatos mostrando que, apesar do desenvolvimento do novo paradigma, ainda pairam nesses campos discursos e práticas de cunho organicista.

“Eu me sinto muito desprotegida e muito sem opção. Tem alguns profissionais aqui fazendo um trabalho de reabilitação, mas eu não me sinto fazendo isso. Eu tenho experiência no campo hospitalar e ambulatorial, quando estava no hospitalar assim como eu acho que o hospitalar tem muro e protege o paciente e lá dentro o comportamento dele é outro, é diferente daqui de fora, lá dentro eu também me sentia protegida, lá eu conseguia trabalhar. A dificuldade aqui é muito maior que no hospitalar! Aqui para dar um passo, o que demora lá 2 ou 3 anos, aqui demora 10 anos!”

Um dos focos de dúvidas está justamente na questão do cuidado por tempo indeterminado, que contrasta com a idéia de “cura” que predomina em outras áreas de atendimento médico. Como aponta Fonseca (2007, p.38), na área de Saúde Mental “o conceito de cura não faz qualquer sentido, e os resultados terapêuticos, portanto, não podem ser apresentados sem uma boa dose de elementos subjetivos e qualitativos de análise”. Como

a dimensão da subjetividade e o aspecto qualitativo são tradicionalmente pouco contemplados nos currículos e práticas formativas na área de saúde, podemos então imaginar a dificuldade enfrentada pelo entrevistado. A mesma dificuldade aparece em outra fala:

“Quando eu estava lá dentro, eu achava que ficávamos tranqüilos, eu estava na agudos já com curtas internações e pensava que a gente tinha mesmo que dar alta, o paciente melhorou, lá fora tinha estrutura para receber e o nosso papel era de U.T.I. e isso foi feito. Quando eu vim aqui para fora, eu senti que essa realidade não existia.”

Estas manifestações sugerem dificuldades na superação do manicômio, com suas práticas cristalizadas, mostrando que a situação de estar hoje em lógica oposta à lógica manicomial, anteriormente introjetada, provoca conflitos que dificultam a ação do profissional e seu desenvolvimento. Assim, estar na condição de participante de processo transformador, que de fato traz outro paradigma, implica em compreender seu significado, como descobrir a constelação de aspectos a serem considerados. Dentre esses, citamos a mudança das relações de poder, a dimensão da cidadania, as estratégias de ação que buscam o encontro com a existência subjetiva de cada paciente em suas inúmeras dimensões. A assistência passa a ser exercida tendo por base um conjunto de diversas e diferentes redes sociais, possibilitando a descentralização do eixo-doença que distancia o discurso eminentemente clínico e dá espaço para questões ligadas à emoção, à estética, ao contexto social e cultural. No entanto, no discurso elaborado pelo sujeito, evidenciamos dificuldade na extensão das possibilidades de atuação em redes de apoio.

Acreditamos que a universidade, sendo órgão formador, tem papel vital na construção de conceitos e representações que influenciam a atuação de cada profissional neste processo de transformação da assistência. Inegavelmente, o corpo de conhecimentos adquiridos pela psiquiatria precisa ser colocado à disposição do aluno, porém é imprescindível que esse conhecimento seja acompanhado de reflexão crítica acerca das questões pertinentes às representações de doença mental, de direitos humanos, de ética, tendo em vista as inúmeras demandas sociais que se apresentam.

b) Políticas de Saúde

Quanto às dificuldades e desafios enfrentados pelos profissionais para a efetivação do processo de reabilitação psicossocial, as políticas de saúde foram veementemente referidas como fator dificultador do desenvolvimento do processo. Eles explicitaram queixas que mostram haver distanciamento entre a intenção dos órgãos designados para ditar normas e diretrizes e a efetivação das práticas concretas que constroem os serviços.

“A questão das Políticas de Saúde avançaram, mas tem muito que fazer, existem algemas, você trabalha o tempo todo com as faltas de alternativas”.

“Falta vontade política, falta investimento na área, porque hoje o investimento até em nível de governo é em cima da questão medicamentosa”.

Evidencia-se o sentimento de separação entre o discurso dos planejadores e coordenadores da área e das ações efetivadas. Embora os sujeitos reconheçam as modificações ocorridas no campo da Saúde Mental, demonstram sentir que as diretrizes apresentam-se verticalizadas, distantes do cotidiano da assistência. As narrativas sugerem que apenas a terapêutica medicamentosa não dá conta do universo que envolve as questões pertinentes ao processo de assistir, havendo pouco investimento na intersecção das muitas variáveis influentes no processo de reabilitação.

Quanto à referência a *“sentir-se algemado”*, expressa na fala de um dos sujeitos deste estudo, a mesma lembra que pode haver represamento de energia nas organizações internas do serviço e no próprio profissional que ali desenvolve sua prática e, com tal bloqueio, são diminuídas as possibilidades de superação de dificuldades e criação dos caminhos reabilitadores. Por outro lado, isto também pode constituir contexto de desafios, de desejos, de construções transformadoras, conforme expresso no relato:

“As políticas são importantes e podem dificultar as coisas, mas sempre penso também que vai depender dos profissionais que estão na área, não só vontade política, é vontade e disposição individual, “por a mão na massa”, às vezes falta essa vontade”.

Desse modo, torna-se importante à consciência dos que atuam nos serviços inovadores, devendo ocorrer continuamente revisão de conceitos, de práticas, políticas jurídicas, sociais. Portanto *“ao escutar, acolher, cuidar, interagir e inserir (ao invés de sequestrar, disciplinar, medicalizar, normalizar) estão sendo construídas novas relações entre a sociedade e a loucura”* (AMARANTE, 2003, p. 62).

Assumir a assistência em Saúde Mental, significa ter responsabilidade no cuidado de pessoas em sofrimento psíquico que vivem em determinado contexto e território. Entende-se aqui território não somente como área geográfica do bairro, mas como constelação de saberes, referências, culturas, influências sociais, econômicas funcionais que dão forma e dinâmica aos lugares de vida. Isso implica que determinado serviço territorial seja referência para a população de determinada área do município (DELL'ACQUA e MEZZINA, 2005).

Embora a proximidade com os universos subjetivos possa desvelar cenários contextuais ricos, emerge também a necessidade de se lidar com o processo de democratizar

as relações e as decisões em espaços que parecem pouco democráticos para os sujeitos ouvidos:

“Também tem a questão da saúde mental no município que fica distante da gente. Apesar de termos uma reunião, não temos uma integração de serviços. A gente acaba reproduzindo o modelo, o paciente cinde e nós também nos cindimos, cada um fica nos seus campos”.

A narrativa sugere que a organização de prestação da assistência tem desenvolvido o processo de tomada de decisões de maneira centralizada. Muitas vezes, a organização normatizadora dos serviços públicos, não está orientada pelo desejo, pela responsabilidade e pelo compromisso dos que respondem por ele (CARVALHO ROSA, 1999). Isso repercute visivelmente nas práticas de saúde, contrapondo-se à necessidade de reversão das desvantagens, preconizada pelos pressupostos da reabilitação psicossocial.

Ainda a este respeito, ouvimos:

“Em nível da Secretaria da Saúde eles nos excluem... nós não somos mais uma especialidade dentro da Secretaria; nós somos a Saúde Mental... que tem que ficar separado”.

Observa-se que as dificuldades sociais, culturais, políticas e econômicas presentes no campo da reabilitação psicossocial se manifestam no discurso. O sujeito aparenta sentir desvantagem da Saúde Mental perante as outras áreas, desvalorização que se manifestaria na gestão municipal da saúde. Tal situação tem gerado discriminação, desequilíbrio entre interesses e desqualificação. As razões que determinam tal desvalorização decorrem das próprias características do cuidado em Saúde Mental. Como nota Fonseca (2007 p. 38), “para os gestores públicos, orientados, de um modo geral, pelo horizonte de curtíssimo prazo dos quatro anos de mandato, a Saúde Mental... é uma área de investimento de baixíssima rentabilidade político-eleitoral. Diz-se ‘efetuamos 1500 operações de catarata’ ou ‘aplicamos 1 milhão de vacinas’, mas não se pode dizer, ‘realizamos 200 reabilitações psicossociais’”.

Os profissionais também notam a desinformação existente na sociedade a respeito dos transtornos mentais, o que dificulta que o paciente tenha papel mais ativo no processo:

“... o primeiro olhar seria trabalhar com o indivíduo a partir da compreensão que ele faz do processo de doença ou do processo de saúde que ele tem.”

“Falta divulgação para a sociedade em geral... o preconceito é grande, a exclusão, os próprios pacientes falam da visão que se tem dele como louco que perdeu a capacidade de trabalhar e até de amar às vezes.”

Estas considerações sugerem que a diminuição da competência social do paciente provoca reações negativas nas pessoas que fazem parte de seu ambiente. Desse modo, além da

decepção perante as expectativas criadas diante da vida, também desperta reações de preconceito e estigma. Spivak (1987) afirma que tal decepção provoca no paciente sentimentos de falência. Por defesa, passará a evitar situações e interações, causando assim, nesse “efeito dominó”, o próprio isolamento social. Neste contexto, é necessário que o profissional seja um importante elo ou ponte que cria condições para que o paciente consiga, de alguma maneira, participar do processo das trocas sociais.

“... um pouco mais de conhecimento, ajudaria a identificar os problemas (...) aqui chegam casos graves... muitas vezes as pessoas estava há anos sem tratamento”.

“Às vezes eu ouço de pacientes que estão deprimidos e me dizem:- “Ah! Não tem cura né doutora?” E sabemos que Depressão tem cura, outras coisas podem não ter cura, mas Depressão tem, alguns casos que não tem. E aí você vê que é uma questão de visão, de informação”.

Esses sujeitos relacionam o tempo em que a pessoa permanece sem tratamento com a desinformação, cronicidade e desesperança. Do leque de responsabilização dos dispositivos sociais que podem contribuir para trajetórias construtoras de vida, de autonomia, foi também mencionada a mídia, que divulga conceitos e é potencialmente fornecedora de representações sociais:

“Esse assunto tem uma certa circulação nas revistas, mas é só uma faixa da população que tem acesso às revistas... então talvez uma campanha mais geral, que tratasse desse assunto”.

Um estudo sobre as representações veiculadas na imprensa acerca da saúde mental identificou que há espaço para veiculação de idéias no campo da saúde e da doença mental, porém na construção do saber em Saúde Mental, persistem e se reproduzem os ideais de exclusão e normalização das pessoas em sofrimento psíquico. Tal percepção é visível na maquiagem gerada pelas estruturas mercadológicas, criando potenciais consumidores de psicofármacos (MACHADO, 2004).

Já outro estudo, que descreve o processo de Reabilitação Psicossocial em serviço do município de Campinas, relata que a flexibilidade daquela comunidade aumenta sensivelmente quando a imprensa dá destaque a algum projeto ou programa desenvolvido pela instituição: “a população passou a sentir orgulho de ter em seu território uma experiência que é respeitada pelos veículos de comunicação de massa, devido à defesa e promoção dos direitos humanos” (VALENTINI e VICENTE, 1996, p. 53).

Embora o fato mostre as amplas possibilidades de existência de serviços mais civis, que sejam voltados à conquista de cidadania, o mesmo nos leva também a pensar que as conquistas não vêm prontas. Seguramente, tal estágio descrito pelo estudo referenciado acima

tem sido construído por pessoas que têm dúvidas, conflitos e ansiedades, porém aceitam o desafio de edificar projetos transformadores.

A desconstrução da visão unidimensional que caracteriza um conjunto de saberes científicos, legais, institucionais voltados tão-somente para a doença é lembrada pelos sujeitos como reveladora de novas possibilidades:

“Eu vejo que quando a gente sai do eixo do assunto, da doença, dos sintomas, eles respondem; e isso é novo também para mim!”

“Acho que é importante desinstitucionalizar a instituição. Aqui tem que ser temporário, uma fase e depois ir para a comunidade, tem que ter um local como um Centro de Convivência e aí o serviço servir como um direcionamento, um planejador do projeto dessa pessoa enquanto ela não consegue definir bem o seu projeto, ele deve adquirir habilidades também fora do serviço”.

O relato nos remete ao pensamento que “o mal obscuro da psiquiatria está em haver construído instituições sobre a separação de objeto fictício – a doença – da existência global, complexa e concreta do paciente e do corpo da sociedade” (ROTELLI et al., 1990, p.26). Os sujeitos demonstram perceber aspectos dessa separação:

“... seria necessário trabalhar as equipes, para que elas pudessem estar se reciclando com treinamentos, com visitas a outros equipamentos que não necessariamente trabalham com saúde, mas que possibilitem parcerias como Oficinas de Cultura, de Arte, de Esporte, isso ajuda a não se filiar só à doença”.

A narrativa sugere que a construção de novos saberes estaria pautada em movimentos, em trocas que reorientam diferentes estratégias de lidar e de assistir. À medida que se amplia a visão de contexto vivido, emergem as interações das várias redes sociais que compõem as vidas das pessoas, pede intervenções criativas, próximas dos fenômenos, solicitando a busca de recursos da comunidade.

“... a doença traz alguma dificuldade ou limitação, mas tem outros lados que a gente tem que trabalhar”.

“Investimento em equipamentos que visem a reabilitação, em profissionais que visem e queiram essa área, formação de mais CAPS e Centros de Convivência que sejam mais gerais e que não visem a doença.”.

Considerações Finais

Nos resultados das entrevistas, encontramos representações de profissionais de Saúde Mental atuando em cidade de porte médio, a respeito das mudanças na assistência. Estas

representações caracterizam momento histórico importante, quando os serviços substitutivos passaram a exercer novos papéis no sistema de saúde, despertando diversos questionamentos da parte dos profissionais atuantes.

Na interpretação de suas representações a respeito do processo, devemos considerar que - conforme a detalhada análise realizada por Fonseca (2007, p.49) - o financiamento existente para os CAPS, neste período, não condiz com as responsabilidades assumidas: “o valor máximo possível de faturamento para um CAPS III não cobre, de modo geral, sequer a metade do seu custo só com as despesas de pessoal”. Portanto, as condições de trabalho destes profissionais seriam marcadas por pressões decorrentes da escassez de financiamento, o que se soma às dificuldades inerentes ao próprio processo de transformação do modelo de assistência.

Apesar das dificuldades relatadas, notamos nas falas dos profissionais os efeitos da mudança irreversível no modelo de assistência, com a emergência de novo olhar e novas formas de cuidado para com o portador de transtorno mental. Segundo Basaglia (1981), na mudança na prática psiquiátrica torna-se fundamental a colocação da doença entre parênteses, o que constitui ruptura com o saber psiquiátrico instituído, na condição da sociedade estabelecer nova relação com as pessoas em sofrimento psíquico. A ênfase passa então a ser direcionada ao acontecer humano, à condição existencial de cada pessoa que sofre. Nesta ótica de valorização das histórias pessoais, dos contextos vividos, também é evidenciada a necessidade de mediações a serem realizadas pelos profissionais que participam da efetivação dos projetos reabilitadores. Isso se constitui no "empréstimo" de poder contratual; ou seja, é “utilizar o prestígio, a delegação social, o saber reconhecido pela sociedade aos profissionais, para possibilitar relações e experiências renovadas aos usuários” (KINOSHITA, 1996, p. 59).

No processo transformador de assistência psiquiátrica no Brasil, é inegável a atuação e, a responsabilidade assumida pelos profissionais, seja na condição de gestores, de pesquisadores, de críticos, na construção de rede de atenção que viabilize laços sociais afetivos e realize intervenções com sentidos singulares. Desse modo, revelam inegável “vocação terapêutica”, que é a condição do profissional posicionar-se enquanto ator social não só no serviço de saúde, mas também no território, consolidando a prática de indagar a própria ação, reconstruir respostas, socializar saberes e efetivar o compromisso social. O adjetivo ‘comunitário’ lembra idéias de identificação e prevenção do aparecimento de transtornos mentais, preconizadas anteriormente por pensadores americanos. Porém, a noção territorial vai mais além, abarca os territórios subjetivos, isto é, para cada pessoa seu território familiar, cultural, mitológico, sócio-econômico e jurídico. Esse é um desafio teórico com notáveis

implicações clínicas, que só passou a ter existência com a regionalização do atendimento e a criação de serviços locais de atenção psicossocial (DELGADO, 1999, p. 117).

Um aspecto pouco ressaltado nas análises deste processo de transformação é que a assistência em Saúde Mental, por suas próprias características, não deve se pautar por receitas rígidas. Como apontou Merhy (2007, p.58):

“mesmo que tenhamos pistas sobre como isso foi feito em algum lugar ou sobre como algum coletivo já exercitou e realizou isso, devemos nos proteger de tornar essas experiências em paradigmas e receitas, em guias de nossas práticas; considerá-las, antes, como pistas, como momentos e lugares para mirarmos, como alimentos para digerirmos e ressignificarmos com os nossos fazeres, com os nossos coletivos reais, nos nossos mundos e lugares concretos”.

Nas entrevistas realizadas e discutidas, evidenciamos uma vez mais a vocação terapêutica dos profissionais atuantes nos serviços pesquisados, sua manifestação a respeito das dificuldades de implantação de novo modelo de assistência, assim como seu posicionamento crítico frente às diretrizes para a formação educacional e políticas de saúde adotadas em nível federal, estadual e municipal, que muitas vezes não estão em plena conformidade com os objetivos assumidos pela Reabilitação Psicossocial.

Referências

- AMARANTE, P. Loucura, Cultura e Subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica brasileira. In: Fleury S. (Org.). **Saúde e Democracia: a Luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 163-185.
- AMARANTE, P. A Construção de Sentidos sobre o Trabalho em um Núcleo de Atenção Psicossocial. In AMARANTE, P. (Coord.) **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003. p. 67-87.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1994.
- BASAGLIA, F.O. **Basaglia Scritti II: Dall'apertura del Manicômio alla Nuova Legge Sull'assistenza Psichiatrica**. Torino: Einaudi, 1981.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Informativo da Saúde Mental. **Saúde Mental no SUS**. Brasília (DF): 2004.
- BRASIL Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Coordenação Geral de Saúde Mental. Relatório de gestão 2003-2006. Brasília, 2007.
- BRÊDA, M.Z. **A Assistência em Saúde Mental: os sentidos de uma prática em construção**. 2006. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

CARVALHO ROCHA, E. A Responsabilidade pela Gestão Pública da Reforma Psiquiátrica: alguns problemas. **Cadernos IPUB** n. 14, p. 37-9, 1999.

DELGADO, P.G. Atendimento Psicossocial na Metrópole: algumas questões iniciais. **Cadernos IPUB** n.14, p. 113-21, 1999.

DELL'ACQUA, G.e MEZZINA, R. Resposta à Crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: Amarante, P.(Coord.) **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau, 2005, p.161-194.

FONSECA, A.L.C. Entre a Ficção e a Realidade: financiamento *versus* capacidade de atendimento dos CAPS. In: Merhy, E.E. e Amaral, H. (Orgs.) **A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano II**. Campinas: Aderaldo & Rothschild, 2007, p.38-54.

KINOSHITA, R.T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta A.(Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996, p.55-9.

LAPLANCHE, J. e PONTALIS, J.B. **Vocabulário de Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

MACHADO, A.L Reforma Psiquiátrica e Mídia: representações sociais na Folha de São Paulo. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n.2, 483-91, 2004.

MERHY, E.E. Os CAPS e seus Trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. In: Merhy, E.E. e Amaral, H. (Orgs.) **A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano II**. Campinas: Aderaldo & Rothschild, 2007, p.55-66.

PEREIRA, M.A.O. **A Reabilitação Psicossocial no Atendimento em Saúde Mental: estratégias em construção**. 2003. Tese (Livre-Docência) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

PEREIRA, M.A.O. **A Reabilitação Psicossocial no Atendimento em Saúde Mental: estratégias em construção**. Revista Latino-Americana de Enfermagem.,v.15, n.4, p.658-664, 2007.

RIBEIRO, M.C. **A Reabilitação Psicossocial num CAPS: concepção dos profissionais**. 2005. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos "Países Avançados". In: Nicácio F. (org.) **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p.17-59.

SARACENO, B. **Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: TeCorá, 1999.

SPIVAK, M. Introduzioni alla Riabilitazioni Sociale: teoria, tecnologia e metodi di intervento. **Riv. Sperim. Freniatr.** v.3 n.106, p. 522-574, 1987.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1994.

VALENTINI, W. ; VICENTE, C. A Reabilitação Psicossocial em Campinas. In: Pitta A. (Org.) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec. p.48-54, 1996.

**REPRESENTATIONS OF EDUCATIONAL FORMATION AND HEALTH POLICY
BY OPEN MENTAL HEALTH SERVICE PROFESSIONALS**

Abstract

The actualization of the directions of the Brazilian Psychiatric Reform brings new demands for the Mental Health system. This study aims to investigate the representations of professionals of open services concerning their practice, focusing on conceptions about the formation offered to the professionals and Public Health policies. Adopting a qualitative methodology, the researchers heard fifteen professionals and identified the themes of Professional Formation and Public Health Policy, which are presented and discussed in this paper. Gaps in the educational formation and conduction of health policy were identified, relatively to the preparation and support for the rehabilitation process.

Keywords: Educational Formation, Public Health Policy, Psychiatric Reform, Psycho-Social Rehabilitation, Mental Health.

Agradecimentos: CNPQ (Alfredo Pereira Jr.)