



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SÉRGIO AROUCA  
ENSP

**A DINÂMICA DO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL:  
LIMITES E POSSIBILIDADES NA CONTEMPORANEIDADE  
E NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA  
BRASILEIRA**

*apresentado por*

Vinicius Carvalho de Vasconcellos

Orientadora: Creuza da Silva Azevedo

Rio de Janeiro

Fevereiro - 2008

VINICIUS CARVALHO DE VASCONCELLOS

**A DINÂMICA DO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL:  
LIMITES E POSSIBILIDADES NA CONTEMPORANEIDADE  
E NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA  
BRASILEIRA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública ao Departamento de Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ).

Orientadora:

Creuza da Silva Azevedo

Rio de Janeiro

Fevereiro - 2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

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.

Orientadora: Creuza da Silva Azevedo

1.Saúde Mental 2.Reforma Psiquiátrica 3.Contemporaneidade 4.Trabalho 5.Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) 6.Intersubjetividade 7. Psicossociologia

## AGRADECIMENTOS

*A todos os funcionários e usuários do CAPS Bispo do Rosário, serviço que gentilmente abriu suas portas para a pesquisa de campo desta dissertação. Em especial, sou grato aos profissionais que cederam entrevistas e à coordenadora do serviço, sempre muito solícita e disponível diante das questões concernentes à pesquisa.*

*Ao Centro de Estudos do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira, pela portas abertas e pela atenção durante a análise da pesquisa na Comissão de Ética em Pesquisa local. Agradecimentos especiais à Denise Rebouças, Lúcia Abelha e Maria do Socorro.*

*À minha família, em função de seu carinho e compreensão ao longo dos dois anos de mestrado e por conseguirem suportar o caos de livros e textos que tomou conta de quase todos os cômodos da casa.*

*À Creuza Azevedo, orientadora desta dissertação, por seus fundamentais apontamentos teóricos e metodológicos no transcurso da pesquisa e por se mostrar sempre acessível e mobilizada pelo projeto de pesquisa. Foi gratificante ser seu primeiro orientando.*

*Aos membros da banca de qualificação, Tatiana Wargas de Faria Baptista e Francisco Portugal, pelo cuidado na leitura do projeto de qualificação e pelas ponderações que tanto enriqueceram o formato final da dissertação.*

*A todos os professores que cruzaram a minha vida acadêmica desde os primeiros passos da escolarização até o mestrado. A beleza de vossa profissão é uma inspiração.*

*À Petrobras e à equipe do RH/AMB pelo apoio, interesse e solidariedade na consecução do mestrado. Notadamente nas figuras de Eduardo Medrado e Jorge Cândido, profissionais que permitiram minha continuidade no mestrado por meio da liberação de horas de trabalho; sem sua compreensão nada teria sido possível.*

*À Raquel Vasques, pelo extremo companheirismo e carinho, mesmo quando nossas horas de convívio eram subtraídas em função do mestrado. Prometo compensar tudo.*

*Aos diversos amigos que sempre demonstram apoio e me estimularam na pesquisa. Especialmente a José Willans, que me ajudou na revisão do Abstract.*

*Aos colegas de Mestrado, notoriamente à turma de Planejamento e Gestão em Saúde do DAPS, pelo bom humor, troca de informações e pelos inesquecíveis churrascos e confraternizações que povoaram nossa convivência.*

*À Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) pelo ensino de excelência e pelas condições de infra-estrutura realmente excepcionais dentro do cenário do Ensino Superior brasileiro.*

*Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) pelo financiamento parcial dessa pesquisa.*

# RESUMO

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.

Esta investigação tem por objetivo compreender a dinâmica do trabalho em Saúde Mental em seus elementos organizacionais, simbólicos e imaginários, valendo-se para a consecução de tal intento de ferramentas teórico-conceituais do campo das organizações e utilizando como via de acesso o cotidiano e as narrativas dos profissionais sobre suas práticas. Nesta linha, os serviços de Saúde Mental são analisados por meio das lentes da psicossociologia francesa, que concebe as organizações como sistemas complexos e multifacetados, além de essencialmente permeadas por construções simbólicas e imaginárias que cruzam as relações intersubjetivas travadas pelos trabalhadores. A partir dessa leitura organizacional, o trabalho em Saúde Mental é estudado prioritariamente por meio de sua inserção no mundo contemporâneo e das transformações presentes no campo da Saúde Mental, sobretudo a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Esses macrocenários operam como enquadres que oferecem limites e possibilidades ao exercício do trabalho em Saúde Mental, condicionando-o sobremaneira. Em termos metodológicos, esta investigação delineou-se como um estudo qualitativo. Foi realizada uma pesquisa de campo no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Arthur Bispo do Rosário, situado zona oeste da cidade do Rio de Janeiro. Duas estratégias foram privilegiadas nesta pesquisa de campo: a observação participante e as entrevistas semi-estruturadas. Os resultados obtidos permitiram compreender cada ato assistencial na Saúde Mental como um arranjo de elementos simbólicos, imaginários e organizacionais que se condensam, de forma dinâmica, em uma série de atravessamentos, tais como: a história da instituição, as relações institucionais e a interação do serviço com a rede de serviços assistenciais, o suporte material, o funcionamento da equipe multidisciplinar e a organização do trabalho, os sentidos da assistência e vínculo subjetivo dos profissionais com a instituição e com o seu trabalho. Detectou-se também que a Reforma Psiquiátrica, ainda que imersa no contexto contemporâneo adverso a projetos coletivos, consegue aglutinar profissionais em torno de seus ideais. Desta forma, o projeto da Reforma Psiquiátrica opera como um imaginário motor e serve de alicerce para mudanças no plano simbólico e imaginário, tanto no âmbito coletivo como na subjetividade dos profissionais, ensejando novas representações e imagens sobre o louco, os objetivos da assistência, o papel do técnico e a relação terapêutica; contudo, os técnicos enfrentam dificuldades em apreender e vivenciar esse processo de transmutação do cuidado, especialmente em função das ameaças e exigências psíquicas que lhe são inerentes.

Palavras-chaves: 1. Trabalho em Saúde Mental 2. Reforma Psiquiátrica Brasileira 3. Contemporaneidade e Saúde Mental 4. Serviços de Saúde Mental e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) 5. Intersubjetividade e equipes multiprofissionais 6. Psicossociologia francesa e trabalho em Saúde. 7. Vínculo subjetivo com o trabalho

# ABSTRACT

VASCONCELLOS, Vinicius Carvalho de. The dynamics of the work in Mental Health: limits and possibilities in the Contemporaneity and in the Brazilian Psychiatric Reform context. Dissertation (Master's Degree in Public Health) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), Rio de Janeiro, 2008.

This research aims to understand the dynamics of the work in Mental Health in its organizational, symbolic and imaginary elements, using for the achievement of such intention the theoretician-conceptual tools of the organizations field and the routine and narratives of professionals about their practices. Following this approach, the services of Mental Health are analyzed by the lenses of the French Psychosociology, which conceives the organizations as complex and multifaceted systems, besides essentially marked for symbolic and imaginary constructions that cross the intersubjectives relations of the workers. From this organizational perspective, the work in Mental Health is especially studied throughout its insertion in the contemporary world and in the transformations that have occurred in the Mental Health field, in particular after the Brazilian Psychiatric Reform. These macro-scenarios operate as frames that offer limits and possibilities to the exercise of the work in Mental Health, conditioning it substantially. In terms of methodology, this research was delineated as a qualitative study. A field research was carried out in the Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Arthur Bispo do Rosário, located at the west side of Rio de Janeiro city. Two strategies were privileged in this field research: participant observation and semi-structured interviews. The results allowed to comprehend each assistencial act in the Mental Health as an arrangement of symbolic, imaginary and organizational elements that are condensed, on a dynamic form, in a series of *atravessamentos*, such as: the history of the institution, the institutional relations and the interaction of the service with the assistencial network, the material resources, the functioning of the multidisciplinary team and the work's organization, the meanings of assistance and the subjective bond of the professionals with the institution and their work. It was also detected that the Psychiatric Reform, although immersed in the Contemporaneity (an adverse context to the collective projects), unites professionals around its ideals. Thus, the Psychiatric Reform's project operates as a *motor imaginary* and serves of foundation for a symbolic and imaginary reformularization in the professional's subjectivity, producing new representations and images about the insane person, the objectives of the assistance, the role of the professional and the therapeutical relation; On the other hand, the professionals face difficulties in apprehending and living this process of care's changing, especially because of the psychic threats and requirements inherent to this process.

Key words: 1. Work in Mental Health 2. Brazilian's Psychiatric Reform 3. Contemporaneity and Mental Health 4. Mental Health Services and Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) 5. Intersubjectivity and multiprofessional teams 6. French Psychosociology and work in Health. 7. Subjective bond with the work

# SUMÁRIO

<b>1. Introdução</b>	
1.1 Origens da Pesquisa.....	09
1.2 Problema da Pesquisa.....	11
1.3 Estrutura da pesquisa e balizamento teórico.....	12
1.4 Justificativa.....	18
1.5 Objetivos.....	19
1.6 Hipóteses .....	20
<b>2. O contexto da Contemporaneidade e suas transformações</b>	
2.1 Delimitações terminológicas e conceituais.....	22
2.2 Dinâmica social e subjetividade na Contemporaneidade.....	30
2.3 Os projetos coletivos no mundo contemporâneo.....	36
2.4 Transformações econômicas e no mundo do trabalho.....	41
<b>3. A trajetória do campo da Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica</b>	
3.1 O Tratamento Moral e as práticas assistenciais no nascimento da psiquiatria.....	48
3.2 Reforma Psiquiátrica: a experiência internacional.....	56
3.3 Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	65
<b>4. A dinâmica do trabalho nos serviços de Saúde Mental</b>	
4.1 Psicossociologia Francesa: uma leitura das organizações.....	83
4.2 O Trabalho em Saúde.....	89
4.3 O Trabalho em Saúde Mental.....	96
<b>5. Método</b>	
5.1 Caracterização geral do método.....	106
5.2 Universo da pesquisa.....	108
5.3 Estratégias de investigação da pesquisa de campo.....	109
5.4 Aspectos Éticos.....	116
5.5 Plano de análise do material empírico.....	117
<b>6. CAPS Bispo do Rosário e a dinâmica do trabalho em Saúde Mental: os contornos e as sombras da assistência</b>	
6.1 Complexo Juliano Moreira: entre o passado e o presente da assistência em Saúde Mental.....	118
6.2 A implantação do CAPS Bispo do Rosário: movimentos iniciais e relações institucionais.....	123
6.3 Espaço arquitetônico e infra-estrutura: o suporte material e seus desdobramentos nos processos de trabalho.....	134
6.4 Desenho organizacional e as práticas assistenciais do CAPS Bispo do Rosário.....	141
6.5 Os desafios da organização do trabalho e a intersubjetividade na equipe multiprofissional.....	152
6.6 O CAPS Bispo do Rosário: acessando os sentidos da assistência em Saúde Mental.....	169
6.7 O Microcosmos do cuidado: a interface técnico-usuário na Saúde Mental	
6.7.1 - A Reforma Psiquiátrica e suas significações na relação terapêutica.....	182
6.7.2 - As assimetrias do espaço relacional técnico-usuário.....	187
6.7.3 - Os sinuosos caminhos do cuidado: as incertezas e as vicissitudes na assistência em Saúde Mental.....	194
6.8 Os elementos imaginários e afetivos do vínculo subjetivo com o trabalho no CAPS Bispo do Rosário.....	199

<b>7. Atravessamentos do trabalho em Saúde Mental: limites e possibilidades na assistência à loucura.....</b>	<b>216</b>
<b>8. Referências Bibliográficas.....</b>	<b>235</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>250</b>

# 1 - INTRODUÇÃO

## 1.1 - Origens da Pesquisa

A realização de uma dissertação, muito além de um requisito que faculta a obtenção do grau de mestre, traduz-se em um retrato representativo - ainda que não seja universal - do conjunto de experiências ocorridas ao longo da vida acadêmica, profissional e pessoal do mestrando. Dessa forma, o texto espelha temáticas que marcaram, de uma forma ou de outra, a trajetória de seu autor, colocando em tela especialmente aquelas questões que trouxeram inquietude e desassossego ao mesmo.

A asserção acima está inequivocamente alinhada ao meu caso. Ainda como estagiário, tive a oportunidade de trabalhar no Instituto Municipal de Assistência a Saúde Juliano Moreira (IMASJM)<sup>1</sup>, vivência que inspira grande parte desta pesquisa. As questões estridentes que a Reforma Psiquiátrica vem debatendo nas últimas décadas ressoam naquele *locus* de trabalho dotadas de uma agudez ainda maior, exatamente pelo contraste existente entre um discurso de vanguarda e o cotidiano de um hospital psiquiátrico que ainda apresentava muitas características manicomiais (como, por exemplo, grandes enfermarias e pacientes internados há decênios).

Digno de nota é o esforço de transformação que o IMASJM e seus profissionais perpetraram nos últimos anos, sempre buscando desprender-se das resistentes marcas e hábitos manicomiais. Este empenho estava presente no serviço no qual fui lotado, uma enfermaria feminina para pacientes de longa permanência, onde a clássica assistência psiquiátrica se deparava (e por vezes se imiscuía) com as novas práticas do campo da Saúde Mental. Malgrado a consciência que tal dialética não se restringe a serviços dessa natureza, a sensação de peculiaridade advinda desta experiência reverberou na escolha do tema desta dissertação.

---

<sup>1</sup> Mais conhecido por seu nome antigo: Colônia Juliano Moreira. Trata-se de um hospital psiquiátrico fundado em 1924 e localizado na Zona Oeste da cidade do Rio de Janeiro, mais especificamente no bairro de Jacarepaguá. Conferir mais detalhes sobre o IMASJM no capítulo seis, no qual será relatado o estudo de campo da dissertação.

Na ocasião, era recorrente na minha prática assistencial a instalação de dilemas. Muito em função da inexperiência inerente a um estagiário, por certo, mas a impressão é que outros elementos subjaziam a tal condição. O cotidiano quedava-se encharcado de indefinições sobre qual seria a melhor decisão a tomar frente aos inesgotáveis e indefectíveis desafios emergentes na situação assistencial. Como pano de fundo, encontrava-se a nítida tendência de pautar o trabalho em Saúde Mental pelo ideário da Reforma Psiquiátrica e, no mesmo impulso, de rechaçar qualquer conduta que, ainda que palidamente, lembrasse práticas manicomiais.

Dessa forma, o trabalho assistencial desenvolvia-se entrecortado por reflexões que interrogavam não apenas se as práticas estavam ou não alinhadas com determinadas idéias espraiadas pelos ventos da atual Saúde Mental brasileira, mas também por questões anteriores a essa: qual a natureza, as peculiaridades e os dilemas que delineiam o trabalho em Saúde Mental? Qual a sua especificidade dentro do campo da Saúde? De que forma o contexto da Reforma Psiquiátrica e as novas propostas assistenciais trazem elementos originais para o trabalho? Em que medida a dinâmica da sociedade contemporânea fornece interfaces para a realização da assistência em Saúde Mental?

Essas e outras indagações congêneres ultrapassaram o fim do estágio e resistiram como focos de interesse até o fim do meu curso de psicologia. Prova cabal do supradito foi o conteúdo da monografia final da graduação na medida em que esta versava precisamente sobre as Políticas de Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica. Para além da boa oportunidade de estudar e tentar clarificar as questões aceras durante o estágio, a monografia engendrou desdobramentos teóricos que serviriam, ulteriormente, como pilares para a formulação do projeto que possibilitou minha entrada para o mestrado acadêmico da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz).

O estudo das práticas assistenciais e do trabalho em Saúde Mental, se não foi uma escolha indefectível para esta dissertação de mestrado, mostrou, indubitavelmente, a capacidade de fertilização acadêmica que uma vivência profissional é capaz de originar. Decerto que no campo da Saúde tal fenômeno é relativamente banal, contudo é mister não deixar que tal banalização encubra a potência que

aí se encontra, pois reflexões acadêmicas oriundas da prática amiúde retornam a esta, modificando e qualificando a mesma.

## 1.2 - Problema da pesquisa

Explicitado tal percurso, convém, de pronto, desvelar que o objeto de estudo desta pesquisa é a dinâmica do trabalho em Saúde Mental, usando como vias de acesso o cotidiano e as narrativas dos profissionais sobre suas práticas. O trabalho em Saúde Mental certamente pode ser recortado de diversas maneiras, como o faz a literatura da área. Por essa razão, quando se propõe o estudo da dinâmica do trabalho nesta pesquisa, a intenção apresentada deve ser tomada em sentido estrito, o que significa compreender o processo de trabalho em Saúde Mental valendo-se de ferramentas teórico-conceituais do campo do trabalho e das organizações. Esta análise, portanto, não apresenta como finalidade principal estudar conceitualmente as políticas públicas do setor ou avaliar o sucesso ou fracasso de determinada prática assistencial ou configuração institucional, de modo que a dinâmica do trabalho é focalizada especificamente enquanto uma categoria analítica, sendo concebido como resultante de uma vasta gama de influências no cotidiano nos serviços de Saúde Mental.

Nos recortes estabelecidos nesta dissertação, a realidade dos serviços de Saúde Mental é estudada mediante sua inserção no mundo contemporâneo, no Sistema Único de Saúde (SUS) e no campo da Saúde Mental, com especial ênfase no movimento de Reforma Psiquiátrica. Esses planos de inserção operam como macrocenários que esquadriham limites e possibilidades ao exercício do trabalho em tais serviços assistenciais – afetando desde suas condições de infra-estrutura até as dimensões simbólica e imaginária do serviço. Destarte, o problema da pesquisa delinea-se da seguinte forma: no cenário da Contemporaneidade e da Reforma Psiquiátrica, quais são os elementos organizacionais, imaginários e simbólicos presentes na dinâmica do trabalho em Saúde Mental e como estes se relacionam com as práticas assistenciais dos profissionais?

Com vistas a esclarecer melhor o significado da pesquisa, é lícito deter-se um pouco mais na explanação de seu problema. Primeiramente, convém explicar a que se referem os elementos organizacionais, imaginários e simbólicos do trabalho em Saúde Mental. Para os fins desta dissertação, os elementos organizacionais são definidos como os aspectos materiais (como infra-estrutura e condições de trabalho), as relações institucionais, a conformação da equipe e a oferta/coordenação das práticas assistenciais presentes na execução do trabalho nos serviços de Saúde Mental. A realização de um trabalho, porém, não é condicionada apenas por esta dimensão, posto que o mesmo também é atravessado por elementos imaginários, concernentes às representações, fantasias e desejos presentes nas relações intersubjetivas e na coletividade, além de elementos simbólicos que se referem aos valores, às normas e aos mitos presentes em um determinado serviço assistencial.<sup>2</sup> Esses três conjuntos de elementos dialogam entre si, adjudicando dinamismo a inter-relação dos mesmos. Um exemplo nítido disto encontra-se no impacto que determinadas condições materiais e de infra-estrutura podem gerar no imaginário de uma organização; no sentido inverso, não restam dúvidas da influência dos conteúdos simbólicos e imaginários na própria organização do trabalho.

A enunciação do problema da pesquisa revela a existência de dois pressupostos. Em primeiro lugar, a existência de todos esses elementos no trabalho em Saúde Mental e, em segundo, a assunção que há relação entre esses elementos e as práticas assistenciais da área. Ambos se baseiam nas escolhas teórico-metodológicas da pesquisa.

### 1.3 - Estrutura da pesquisa e balizamento teórico

Em continuidade às demarcações já realizadas na formulação do problema de pesquisa, impõe-se nesta introdução a necessidade de delimitar, ainda que fugazmente, a estrutura da pesquisa e suas balizas teóricas. Estas últimas estão agrupadas em três grandes capítulos teóricos, especificamente os capítulos dois, três e quatro dessa dissertação.

---

<sup>2</sup> Os elementos simbólicos e imaginários serão explicados com maior detalhamento no capítulo quatro que apresenta a abordagem psicossociológica das organizações.

Antes de iniciar a explicitação desses capítulos, contudo, cabe atentar para o fato que estes têm como função basilar fornecer subsídios conceituais e práticos para otimizar a compreensão dos elementos citados no problema da pesquisa. Não há correspondência unívoca entre os capítulos e esses elementos, de forma que cada capítulo gera insumos para a compreensão tanto dos elementos organizacionais, quanto para o entendimento dos elementos imaginários e simbólicos, estabelecendo a figura de uma matriz conceitual cruzada.

O primeiro desses capítulos teóricos trata da revisão da literatura acerca da Contemporaneidade e tem como função capital a delimitação do contexto macrossocial no qual se insere as questões suscitadas pela pesquisa, não apenas situando-as historicamente, mas também identificando sua relação com essa conjuntura. O capítulo seguinte pondera sobre a constituição e o desenvolvimento deste campo assistencial no Brasil, fazendo referências ao contexto internacional e pontuando marcos em sua evolução histórica, principalmente no que toca ao processo de Reforma Psiquiátrica. Por sua vez, o capítulo quatro remete-se a municiar a pesquisa com categorias de análise referentes à perspectiva psicossociológica das organizações e com o exame do trabalho em Saúde e em Saúde Mental, debuxando prolíficas possibilidades de investigação no nível microssocial dos serviços.

Essas contribuições teóricas entrecruzam-se constantemente, formando interseções a partir de uma seta descendente que liga a esfera macrossocial à realidade microssocial. Os apontamentos presentes em cada um dos capítulos são retomados e recuperados subseqüentemente, perfazendo assim uma costura que sustenta teoricamente a pesquisa. Esta proposta de encadeamento baseia-se na premissa de que no cotidiano dos serviços, esses conteúdos teóricos estão em permanente diálogo, de forma que as mudanças oriundas em um deles acabam por repercutir nos demais, não como simples assimilação, mas, mormente, como ressignificação.

De todo modo, a inter-relação acima aludida não escusa a necessidade de explorar as especificidades de cada um deles, empreendimento formalmente levado a cabo nos capítulos teóricos a seguir. Por ora, faz-se necessário somente alinhar alguns pontos introdutórios sobre esse estofo teórico a fim de prover uma visão geral da proposta da pesquisa.

Na perspectiva aqui patrocinada, o estudo da Contemporaneidade, realizado no capítulo dois, centra-se na discussão epistemológica que nela se instaura e na investigação da dinâmica social, das formas de organização do trabalho e das mudanças políticas/econômicas que permearam o mundo ocidental nestas últimas décadas. Buscando sempre auxílio na tarefa de contextualização, este capítulo situará os limites e possibilidades do trabalho em Saúde Mental nesse macrocenário. Por exemplo, será possível tanto observar as revisões epistemológicas operadas nas bases da ciência, tais como a crítica às narrativas universais e a proposta gnosiológica da complexidade, quanto examinar o questionamento das instituições sociais vigente na atualidade e, posteriormente, considerar os impactos dessas transformações no campo da Saúde Mental.

Analogamente, a análise da Contemporaneidade, ao mostrar uma sociedade cada vez mais marcada pela insígnia do individualismo e pela falência da política e dos grandes ideais, servirá ulteriormente como base para avaliar as possibilidades de construção de projetos coletivos fundados em torno de um ideal, como é, em tese, o caso da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Neste capítulo, estarão em pauta também as mudanças advindas da Globalização e seus desdobramentos na aplicação das políticas sociais brasileiras, notoriamente nas condições de infra-estrutura dos serviços públicos de Saúde. Além disso, estarão em foco as alterações nas organizações e na relação trabalhador-trabalho (como a flexibilização do trabalho, a disseminação do trabalho em equipe e as alterações no vínculo subjetivo entre empregado e organização) presentes na realidade contemporânea, o que permitirá avaliar de que forma as mesmas se manifestam nos serviços de Saúde Mental.

Mediante a apresentação da história da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da atual configuração do campo da Saúde Mental no país, o capítulo três escrutinará de que maneira as premissas da Reforma Psiquiátrica, tais como desinstitucionalização, ressocialização, exercício de cidadania e acolhimento, interagem com a *praxis* assistencial. Outrossim, trata-se de apreciar de que forma o trabalho nos serviços assistenciais é afetado pelos valores e diretrizes das políticas públicas de Saúde Mental do país, incluindo a instalação de novas e diversificadas modalidades de serviços, a prescrição de equipes multidisciplinares e a defesa do tratamento psicossocial. Estes pontos, aliados ao estudo do quadro atual

da Saúde Pública brasileira, igualmente realizado no capítulo três, oferecem indispensáveis contribuições para conhecer os elementos organizacionais, simbólicos e imaginários presentes nas práticas assistenciais, além de situar o trabalho em Saúde Mental nos macrocenários do SUS e do campo da Saúde Mental.

Um breve esclarecimento faz-se pertinente ainda nos primeiros traços deste texto. O uso corrente da expressão “Reforma Psiquiátrica” pode autorizar uma interpretação mais limitada, atrelada a mudanças perfunctórias no cuidado ou focada apenas em aspectos técnicos, denotando tão-somente uma modernização ou um *aggiornamento* (BARRETO, 2005). Se é legítimo descrever muitas experiências de transformação psiquiátrica por intermédio deste sentido, é do mesmo modo legítimo valer-se de outro significado para a mesma expressão, desta vez fincado na proposta de uma inflexão na assistência que transcende o domínio técnico. Adota-se este último significado para qualificar a Reforma Psiquiátrica Brasileira, vista assim como um processo que questiona o modelo clássico da psiquiatria e elabora uma proposta de transformação cuja amplitude ultrapassa a formulação de políticas públicas ou a criação de modelos tecno-assistenciais, comportando em seus muros também os planos teórico-conceitual, jurídico-político e sócio-cultural (AMARANTE, 1997).

Retomando a discussão antecedente, este capítulo recupera os apontamentos teóricos acerca das mudanças epistemológicas, do questionamento das instituições sociais e das alterações no mundo do trabalho na Contemporaneidade, tomando agora os efeitos desses processos na teoria e na assistência em Saúde Mental. Outro elemento que será retomado, recebendo especial acento, refere-se às possibilidades dos projetos coletivos, cosendo o debate precedente com as singularidades da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Neste sentido, será posta em tela a discussão sobre a capacidade da Reforma Psiquiátrica figurar como projeto coletivo e político, isto é, uma proposta que dá sentido ao trabalho e engaja verdadeiramente o conjunto de profissionais em suas atividades, operando, inclusive, como pólo de identificação para os mesmos.

Por último, o capítulo quatro desnuda conteúdos teóricos sobre as organizações e o trabalho em Saúde e Saúde Mental e porta consigo o instrumental conceitual que operacionaliza, na pesquisa de

campo, a investigação das questões levantadas anteriormente, pois oferece as ferramentas para estudá-las na realidade de um serviço assistencial. O capítulo trabalha o referencial teórico-metodológico que fundamentará a pesquisa, a saber, a psicossociologia francesa contemporânea. Por meio dessas lentes, o estudo da dinâmica organizacional e do trabalho em Saúde Mental ganhará matizes peculiares, exatamente por jogar luz no contexto intersubjetivo (processos de interação entre os sujeitos, incluindo os conflitos, os acordos, as negociações e seus aspectos psicoafetivos), nos aspectos simbólicos e no imaginário coletivo presentes na realização do trabalho, temáticas freqüentemente esquecidas ou preteridas ao se estudar esses serviços.

Com efeito, a psicossociologia francesa constata que os indivíduos não se vinculam às organizações somente por liames instrumentais, monetários, racionais ou materiais, o que permite a essa abordagem criar outra cena de investigação, simbólica e imaginária. Esta cena servirá, por exemplo, para estudar as representações e as imagens dos profissionais acerca dos usuários e do seu próprio papel na assistência, tendo como pano de fundo as transformações propostas pela Reforma Psiquiátrica.

O arcabouço teórico da psicossociologia francesa será acompanhado neste capítulo por elementos da psicanálise de grupo, especialmente nas formulações de René Kaës, e por duas outras seções separadas, acatando a contribuição de autores que se debruçam sobre o tema do trabalho em Saúde, de modo geral, e sobre o trabalho em Saúde Mental em suas idiossincrasias. Recorrendo às indicações oriundas destes dois últimos tópicos, entram em pauta algumas características típicas do trabalho em Saúde como a autonomia profissional e algumas nuances do espaço relacional usuário-profissional de Saúde. Ademais, os valores, as metáforas, as representações e as fantasias que permeiam o trabalho na Saúde Mental são alvo de reflexão, especialmente através da forma com que os profissionais representam a finalidade de seu trabalho, o usuário do serviço, o seu próprio papel institucional e a relação intersubjetiva usuário-profissional de Saúde. Este conteúdo facultará a análise mais apurada das formas assumidas pelo trabalho em Saúde Mental no cotidiano dos serviços, nas transformações contemporâneas do mundo do trabalho - que serão retomadas do capítulo dois - e no contexto da Reforma Psiquiátrica e das políticas de Saúde Mental brasileira - resgatados do capítulo três.

Mais uma vez este capítulo recupera pontos levantados previamente, neste caso, contribuindo com grades de interpretação mais operativas. Por exemplo, a questão sobre a constituição da Reforma Psiquiátrica como um projeto coletivo, fundado em torno de um ideal, será analisada mediante os elementos imaginários e simbólicos existentes no discurso dos profissionais do serviço, em conjunto com a observação das práticas assistenciais. Assim como ocorrerá na compreensão das características do vínculo subjetivo entre o trabalhador e seu trabalho.

O capítulo cinco refere-se à caracterização do método deste estudo. Este foi regido pelo método qualitativo, utilizando uma pesquisa de campo como base para a obtenção de resultados. Seu universo de pesquisa foi um CAPS da cidade do Rio de Janeiro e suas estratégias privilegiadas de investigação foram observação participante e entrevistas semi-estruturadas.

Os resultados da pesquisa são esmiuçados no capítulo seis e estão repartidos em oito seções distintas, cada qual tocando em uma perspectiva de análise da dinâmica do trabalho em Saúde Mental. O confronto com o conteúdo teórico é uma constante na exposição do material empírico, sendo esta guiada pelos três capítulos teóricos citados acima e pela irremediável interposição dos elementos organizacionais, simbólicos e imaginários do trabalho.

O fechamento do trabalho pousa no derradeiro capítulo sete e faz um balanço dos resultados da pesquisa de campo, cotejando-os mais incisivamente com os pontos mais relevantes da parte teórica. Aspirando uma elaboração útil para a produção teórica da área, a dinâmica do trabalho em Saúde Mental tem seus elementos organizacionais, simbólicos e imaginários sintetizados na forma de uma série de *atravessamentos*, eixos que perpassam transversalmente o relevo acidentado da assistência à loucura. Enfim, arrolar-se-ão as referências bibliográficas e os anexos.

## 1.4 - Justificativa

Estima-se que os transtornos mentais e de comportamento respondam por 12% da carga mundial de doenças (ONOCKO CAMPOS ; FURTADO, 2006), um volume nada desprezível e que tem boa parte de sua demanda atendida em organizações especializadas. Sendo assim, pesquisar o trabalho em Saúde Mental é uma empreitada que, em um leve passar de olhos, já mostra sua importância, na medida em que é por meio do trabalho realizado nestes serviços que os usuários são atendidos. Dada esta importância, o tema do trabalho em Saúde Mental está presente em boa parte das dissertações, teses e artigos da área, visto que a produção acadêmica, ao estudar o funcionamento de um Centro de Atenção Psicossocial ou um Serviço Residencial Terapêutico, por exemplo, deve se reportar de algum modo ao trabalho ali perpetrado. Contudo, raramente este é abordado por meio de um instrumental teórico que traga consigo ferramentas próprias e específicas ao seu estudo ou que contemple as instituições de Saúde Mental em sua dinâmica organizacional, como pretende essa pesquisa.

Valorizando essa visão, a expectativa é que essa dissertação, ao se lançar sobre as condições organizacionais do trabalho em Saúde Mental, sobre os elementos simbólicos e imaginários que o atravessam, sua inserção nas transformações do mundo contemporâneo e sobre sua relação com as premissas da Reforma Psiquiátrica, contribua para seu aprimoramento ou, ao menos, para gerar reflexão crítica sobre o mesmo.

No intuito de agregar à literatura da área um enfoque diferenciado, firma-se aqui o endereçamento à dinâmica intersubjetiva e às dimensões simbólica e imaginária dos serviços, visão propiciada pelo referencial da Psicossociologia francesa e que é mais rara nas produções acadêmicas sobre os serviços de Saúde Mental. Essa dissertação busca, dentro de suas limitações estruturais, cobrir parte dessa lacuna. Cabe o registro que no campo da Saúde Pública em geral, a contribuição da Psicossociologia francesa no estudo dos serviços de Saúde já propiciou contribuições originais<sup>3</sup>, de forma que essa dissertação se inclui no mesmo esforço de valorizar os elementos imaginários e simbólicos da cena assistencial.

---

<sup>3</sup> Vide Azevedo (2005), Sá (2005) e Azevedo; Braga ; Sá (2002).

A pesquisa pretende também compreender o trabalho e as práticas assistenciais em Saúde Mental partindo do estudo da Contemporaneidade, iniciativa pouco difundida na literatura brasileira. Vislumbra, assim, contribuir para um melhor entendimento acerca da inserção das práticas assistenciais na complexidade do mundo atual, problematizando-as e, ao mesmo tempo, buscando revelar novos enfoques para este tema.

Concomitantemente, este estudo se alinha ao conjunto de pesquisas que visa à formulação de uma avaliação crítica das práticas assistenciais no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Tal campo de pesquisa vem apresentando um recrudescimento de sua produção, possibilitando o mapeamento dos diversos pontos de tensão inerentes a tal problemática.

## 1.5 - Objetivos

Amadurecidos no seio do debate teórico, os objetivos da pesquisa refletem as preocupações cardinais da investigação, ao mesmo tempo em que iluminam os caminhos pelos quais a mesma deve transcorrer. Servem, doravante, como indispensáveis guias para toda a pesquisa e, notadamente, para o trabalho de campo, evitando assim desorientação frente às inúmeras informações e vias de interpretação possíveis. Abaixo estão discriminados o objetivo geral e os objetivos específicos da pesquisa:

- Objetivo geral

- Analisar, à luz do contexto da Contemporaneidade e da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a dinâmica do trabalho e as práticas assistenciais em um CAPS da cidade do Rio de Janeiro.

- Objetivos específicos

- Compreender o trabalho em Saúde Mental a partir das mudanças políticas/econômicas da sociedade contemporânea, de suas transformações epistemológicas, de sua dinâmica social - padrões de sociabilidade e subjetivação - e das novas formas de organização do trabalho.

- Pesquisar a assistência em Saúde Mental à luz do ideário da Reforma Psiquiátrica Brasileira e das políticas públicas da área.
- Analisar as condições de infra-estrutura, a dinâmica de funcionamento e as estratégias de organização do trabalho em um CAPS da cidade do Rio de Janeiro, além de compreender como esses elementos refletem-se no trabalho dos profissionais.
- Investigar os elementos imaginários e simbólicos presentes em um CAPS da cidade do Rio de Janeiro e analisar a influência destes nas práticas assistenciais.

## 1.6 - Hipóteses

A partir da análise inicial dos elementos organizacionais, imaginários e simbólicos do trabalho em Saúde Mental e de sua inserção nos macrocenários levantados, surgem as seguintes hipóteses:

- Os ideais e valores da Reforma Psiquiátrica colocar-se-ão na forma de um projeto coletivo e como pólo de identificação profissional no palco da assistência, ainda que sua capacidade de transformação social e mobilização política surjam diminuídas, o que pode ser parcialmente explicado pelo contexto da Contemporaneidade.
- O vínculo dos profissionais com os serviços de Saúde Mental estará marcado por condições adversas em múltiplos planos, incluindo as dificuldades inerentes ao trato com a loucura, o sucateamento do SUS e de sua política de recursos humanos, além da fragilização contemporânea dos elos formais (terceirizações e flexibilização dos contratos) e subjetivos (falta de perspectiva de uma carreira a longo prazo) que ligam os indivíduos às organizações.
- A partir das mudanças epistemológicas e práticas da Reforma Psiquiátrica, a organização do trabalho estará pautada pela multiplicidade de saberes/profissões e de atividades assistenciais, contudo, a articulação das diversas ações profissionais e da equipe surgirá de modo problemático nas relações intersubjetivas, principalmente em função da autonomia característica

do trabalho nos serviços de Saúde, das distintas concepções de loucura e tratamento de cada profissão e do próprio individualismo contemporâneo.

○ A realização do trabalho e a relação profissional-usuário em Saúde Mental serão permeadas por elementos simbólicos e imaginários moldados na penetração da Reforma Psiquiátrica nos serviços, mas subsistirão ainda algumas ações dissonantes a esse projeto na atuação cotidiana dos profissionais.

## 2 - O CONTEXTO DA CONTEMPORANEIDADE E SUAS TRANSFORMAÇÕES

### 2.1 - Delimitações terminológicas e conceituais

Discorrer sobre o mundo contemporâneo, de fato, não é empresa das mais fáceis. Se o fato de estarmos imersos nele traz consigo uma proximidade que, em tese, tornaria mais acurada qualquer tipo de análise, por outro lado, esta mesma proximidade revela-se uma grande limitação, na medida em que sufoca a possibilidade de um exame mais distanciado e menos enviesado.

Atraída, no mesmo átimo, pelas facilidades e desafios que essa proximidade aduz, a academia busca formas de tornar inteligível a sociedade contemporânea. Um modo intuitivo de conferir algum grau de inteligibilidade a determinado período histórico é estudá-lo frente a um ponto de referência que sirva como comparativo. No caso do mundo contemporâneo, a Modernidade foi escolhida como contraponto predileto das pesquisas acadêmicas, escolha esta que em absoluto foi fortuita, posto que a instauração do projeto moderno e capitalista revela indubitável influência na organização das atuais sociedades ocidentais, de forma que toda e qualquer hipótese de transformação a ele deve ser confrontado.

O projeto moderno consolida-se no século XVIII, malgrado a apropriada ressalva que suas raízes encontram-se nos séculos precedentes. São sobejamente conhecidas as condições iniciais, o desenvolvimento e o desenlace de seu processo de consolidação. Neste sentido, as revoluções liberais, como a Revolução Industrial e a Revolução Francesa, promoveram a burguesia a uma posição de destaque nos planos político e econômico ao longo do século XVIII e propiciaram transformações retumbantes que marcaram doravante as sociedades ocidentais, como, por exemplo, a criação do Estado leigo e republicano, baseado na democracia representativa e liberto das amarras teocráticas e absolutistas.

Interessa nos domínios desta dissertação ressaltar que, justaposta às mudanças na economia e na política, a Modernidade é igualmente atravessada pela marca do individualismo, apanágio que repercute

na constituição da subjetividade e nos modos de sociabilidade. Dumont (1985) sublinha que, frente aos dois grandes pólos organizadores das sociedades em geral, a saber, a hierarquia e a igualdade<sup>4</sup>, este último é preeminente no caso da sociedade moderna. Sendo a igualdade um princípio norteador da sociedade moderna, manifesta-se nesta última uma tendência a imputar o mesmo valor a diferentes identidades sociais, o que significa dizer que as representações acerca dos indivíduos estão mais livres das estruturas sociais as quais eles pertencem do que em sociedades hierárquicas. Como corolário, cria-se uma oposição, ou melhor, uma não-vinculação entre indivíduo e sociedade, que gera o ensejo para que aquele se perceba como ser único, autônomo, livre e singular, isto é, com uma identidade que lhe é própria e que serve de lastro para sua ação no mundo (SALEM, 1991).

A segunda referência no debate sobre o individualismo, tão importante quanto à primeira, é feita a Simmel (1973) que postula duas modalidades para o individualismo moderno os quais, antes de serem antitéticos, são complementares. Neste caso, remete-se, primeiramente, ao individualismo quantitativo (*singleness*) que representa a igualdade e a liberdade compartilhada pelos homens nas sociedades liberais. A liberdade permite pensar o cidadão de forma independente do conjunto social que o englobava, e a igualdade faculta, teoricamente, a apropriação de direitos idênticos por cada um dos cidadãos, transformando-os em células apartadas do todo, mas com direitos iguais. Remete-se também ao individualismo qualitativo (*uniqueness*) que ilustra, não mais o que iguala as pessoas, mas prioritariamente aquilo que singulariza cada cidadão, isto é, suas particularidades, sua história pessoal e suas diferenças com relação ao conjunto social. Segundo o autor, essas duas modalidades coabitam a Modernidade, sendo que o individualismo qualitativo ergue-se efetivamente apenas no século XIX. A temática do individualismo será retomada no debate acerca da Contemporaneidade, discutida adiante.

Outrossim, é fundamental na intenção de esquadrihar em grandes linhas a Modernidade fazer referência ao Iluminismo. Este movimento intelectual outorgou às sociedades ocidentais desenvolvidas

---

<sup>4</sup> Partindo da análise das estruturas e instituições sociais (e de suas inexoráveis repercussões nos sujeitos), Dumont trabalha com dois eixos prioritários de organização das sociedades, a hierarquia e a igualdade, os quais não são reciprocamente excludentes e que convivem a partir da predominância de um sobre o outro. No caso da predominância da hierarquia, a auto-representação do indivíduo estará sempre atrelada à idéia de integração a uma totalidade, isto é, uma vinculação ao todo que funda a própria compreensão acerca de sua existência. Ao passo que, se a pedra fundamental for a igualdade, há um descolamento significativo frente a esse universo social global, de modo que o indivíduo conserva uma imagem de si como uma parte relativamente isolada do todo (DUMONT, 1985; SALEM, 1991; BEZERRA JÚNIOR, 1989).

uma nova forma de autoconhecimento, desgarrada em boa medida das matrizes teocêntricas e religiosas anteriores, operando uma verdadeira dessacralização da vida social. Tributário do racionalismo crescente, o Iluminismo propiciou notórios avanços na ciência e na filosofia e contribuiu para a possibilidade de pensar a sociedade e suas vicissitudes como criações humanas, em oposição a pressupostos religiosos contrários a esse tipo de proposição.

Com o pêndulo inclinando-se menos para o sagrado e mais para o profano, a natureza e a sociedade, durante a Modernidade, tornam-se paulatinamente objetos do saber científico e de seu *a priori* metodológico. O estudo deste mundo desmistificado queda-se emoldurado na racionalidade e na objetividade. A observação, a experimentação e a análise dos fenômenos, respaldadas pela suposição de neutralidade do observador, formam os insumos básicos para um modelo gnosiológico que busca a construção de um conhecimento factual, preciso e verossímil. Orientada por esses guias, a trajetória da ciência era representada como uma evolução linear, necessária e cumulativa rumo ao intento de desvendar, por meio do pensamento humano, os mistérios da natureza e da sociedade, que passaram a ser cada vez mais enquadrados em um ideal de ordem e explicados por leis imutáveis, universais e harmoniosas.<sup>5</sup>

Tendo em vista as referências fornecidas pela Modernidade<sup>6</sup>, pesquisadores de todo o mundo e das mais distintas áreas do conhecimento mergulharam sobre a investigação do contemporâneo, buscando avaliar linhas de continuidade ou rupturas frente ao mundo moderno, o que gerou um grande acervo bibliográfico sobre o tema, notoriamente nas ciências humanas, nas ciências sociais e na filosofia.

A vastidão da produção acadêmica encontra paralelo na variabilidade de temas abordados pelos pesquisadores, assim como na heterogeneidade das análises dentro de cada um desses temas. Em grande parte, este fenômeno explica a grande diversidade de termos que surge para nomear o mesmo período da história. Assim, muitos são os nomes de batismo destes novos tempos: Pós-modernidade ou Pós-

---

<sup>5</sup> O positivismo comteano é o grande representante dessa posição epistemológica, repercutindo sobremaneira na produção científica do século XIX e XX. Para mais detalhes: Filho (1983), Júnior (1986) e Andery (1988).

<sup>6</sup> Uma definição formal da sociedade moderna pode ser encontrada em dicionários de ciências sociais: “A *sociedade moderna, portanto, carrega os marcos da sociedade ocidental, desde o século XVIII. Foi industrial e científica. Sua forma política foi o Estado-nação, legitimado por algumas espécies de soberania popular. Atribui um papel sem precedentes à economia e ao crescimento econômico. Suas filosofias foram o racionalismo e o utilitarismo*” (OUTHWAITE ; BOTTOMORE, 1996, p. 473).

modernismo (usado por LYOTARD, 2004 e HARVEY, 1989), Modernidade líquida (BAUMAN, 2001), Capitalismo tardio (JAMESON, 1991), Capitalismo flexível (SENNETT, 2003), etc.<sup>7</sup>

Independente desta querela terminológica, é possível, com efeito, marcar a segunda metade do século XX como uma época embebida por uma série de transformações sociais, científicas, econômicas, políticas, tecnológicas e culturais. O escopo desta dissertação supõe limites para a investigação de todos os âmbitos dessas mudanças, sendo mister pinçar temáticas que se relacionam mais de perto com a proposta de pesquisa aqui apresentada. Destarte, o foco recairá sobre os campos da ciência/produção de conhecimento, dinâmica social e processos de subjetivação, além de incursões no campo da política, da economia e no mundo das organizações e do trabalho.

O termo Pós-modernidade, dentre aqueles arrolados acima, é sem dúvida o mais utilizado para designar o mundo atual. Todavia, este se encontra imerso em polêmicas e dissonâncias, fato que dificulta a adoção automática do mesmo enquanto matriz conceitual. Por exemplo, o termo Pós-modernidade sugere que o momento atual seria caracterizado pela ultrapassagem da Modernidade, encerrando esta última enquanto conceito e período histórico, o que é questionável. Esta discussão reflete dúvidas sobre a existência ou não de um momento histórico diferente do anterior. Dito de outro modo, é correto e pertinente afirmar que o mundo contemporâneo traz em sua configuração diferenças tão marcantes que facultam qualificá-lo como distinto da Modernidade?

Os posicionamentos em torno desta indagação variam bastante. Contudo, Leitão e Nicolaci-da-Costa (2003) afirmam que duas posições são desenhadas com maior nitidez, funcionando como pólos de atração. Em um desses, há a afirmação de um corte histórico (Bauman, Eagleton); no outro, existe a defesa da idéia de uma linha prosseguimento (Beck, Giddens). Poder-se-ia acrescentar aqueles que advogam a formatação de uma espécie de nova Modernidade (LIPOVETSKI, 2004) ou ainda citar posições originais que aventam a hipótese de que esse debate poderia ser meramente uma crise de intelectuais e artistas, sem contar, *de facto*, com um substrato social, cultural, político ou econômico que o sustentasse (FEATHESTONE, 1997).

---

<sup>7</sup> Conferir Nicolaci-da-Costa (2004) para uma lista mais longa de termos referentes ao mundo contemporâneo, bem como dos respectivos autores que os utilizam.

Por sua vez, Birman (2006) retrata esse imbróglio afirmando que o mesmo se bifurca basicamente em duas modalidades de solução: uma que aposta no fim da Modernidade em razão da construção do mundo pós-moderno e outra que crê na radicalização do projeto da Modernidade. A primeira é mais freqüente dentre os autores americanos, sendo a segunda mais comum nos europeus, ainda que o autor reconheça esta distinção como sendo fundamentalmente esquemática. Birman ainda dispõe à mesa a conotação negativa ou positiva dada pelos autores a essa nova (ou velha) condição sócio-histórica da atualidade, citando, por exemplo, Gianni Vattimo como um entusiasta da Pós-modernidade e Baudrillard e Lipovetsky como estudiosos entrincheirados em um viés negativista.

Sobre essas conflituosas visões, essa pesquisa visa ultrapassar a simples qualificação da atualidade por meio de juízos positivos ou negativos, ao mesmo tempo em que se alinha com Santos quando este afirma que “*A relação entre o moderno e o pós-moderno é, pois, uma relação contraditória. Não é de ruptura total como querem alguns, nem de linear continuidade como querem outros*” (SANTOS, 1995, p. 103). Portanto, mesmo que não haja propriamente uma revolução completa, parece notória a ocorrência de transformações importantes no mundo contemporâneo.

A discordância quanto à idéia de que ocorreu uma completa ultrapassagem da Modernidade aliada ao dissenso no conceito de Pós-modernidade levam esta dissertação a utilizar o termo Contemporaneidade<sup>8</sup> para agrupar as transformações ocorridas nas diversas esferas da sociedade nas últimas décadas. Tal assertiva não significa o desprezo pelas interpretações do mundo contemporâneo produzidas sob a égide do termo pós-moderno. Muito pelo contrário, o posicionamento aqui adotado é de ampla utilização deste conteúdo. Se as análises empreendidas nesta pesquisa não se resumem a essa

---

<sup>8</sup> A não-utilização do termo Pós-modernidade relaciona-se também com a observação que este comumente é identificado apenas a uma série de negativas transformações sociais, políticas, econômicas e nos processos de subjetivação que, inquestionavelmente, apareceram nas últimas décadas (BIRMAN, 1999; BAUMAN, 1998). Não se trata aqui, em absoluto, de negar a existência dos problemas apontados por diversos autores, pois certamente existem e são gravíssimos, nem de atenuar o papel da negatividade no retrato da Contemporaneidade, mas antes de percebê-la, como exposto no parágrafo anterior, como multidimensional, complexa, polissêmica, recusando a univocidade das simplificações, sejam elas apocalípticas ou apologéticas. Afinal de contas, “*A condenação do presente é sem dúvida, se analisada da perspectiva do tempo longo da história, a crítica mais comum apresentada pelos escritores, filósofos e poetas.*” (CHARLES, 2004, p.13)

produção, como de fato não o fazem, seria imprudente dispensá-la, dado que apresentam grande valia para o entendimento da sociedade na atualidade.

Partindo dessas considerações, é válido sublinhar que uma aproximação introdutória acerca do início das transformações do mundo contemporâneo é conseguida exatamente seguindo a trilha traçada pela leitura pós-moderna, desde seu nascedouro até sua generalização no mundo acadêmico, pois foi ela que realçou, no primeiro momento, esse processo de mudanças.

O conceito de Pós-modernidade surgiu inicialmente na arquitetura, na literatura e nas artes, mas desde então se generalizou e foi utilizado como adjetivo em diversos campos da sociedade contemporânea.<sup>9</sup> Nicolaci-da-Costa (2004) assevera que a leitura pós-moderna inicia-se na década de 1960 no campo das artes (neste caso, conhecido também com Pós-modernismo), imiscuindo-se de fato no campo acadêmico com o clássico de Jean-François Lyotard, *A condição pós-moderna*, publicado originalmente no final da década de 1970. Neste curto livro, Lyotard, logo na introdução, revela que o objeto de seu estudo é a posição do saber nas sociedades desenvolvidas, notadamente a partir da crise dos grandes relatos, posição esta chamada de pós-moderna. O autor resume esse enquadramento quando escreve que, “*simplificando ao extremo, considera-se ‘pós-moderna’ a incredulidade em relação aos metarrelatos*” (LYOTARD, 2004, p. xvi,) ou ainda quando assevera que no mundo pós-moderno, “*o grande relato perdeu sua credibilidade, seja qual for o modo de unificação que lhe é conferido*” (*Ibid.*, p.69).

Assim, a ciência pós-moderna contrapõe-se à ciência moderna, esta última sustentada notoriamente pelas metanarrativas<sup>10</sup> e pela busca da ordem e previsibilidade dos fenômenos, igualando a consecução destes objetivos ao progresso científico. Ante a narrativas mestras que poderiam obstruir uma visão mais complexa das diferenças, das diversidades locais e da alteridade, a visão pós-moderna presume ter descoberto maior grau de complexidade do que o modo de produção de conhecimento moderno (FEATHERSTONE, 1997).

---

<sup>9</sup> Cf. Outhwaite ; Bottomore (1996) e Lipovetski (2004)

<sup>10</sup> Harvey define as metanarrativas modernas como “*interpretações teóricas de larga escala pretensamente de aplicação universal*” (HARVEY, 1989, p.19) e ilustra essa modalidade teórica com o marxismo, freudismo e o saber iluminista.

Nicolaci-da-Costa resume as mudanças observadas nas teses de Lyotard sobre o mundo pós-moderno:

Diferentemente do que aconteceu na Modernidade, Lyotard afirma que vivemos em um período histórico no qual o mundo é percebido como fragmentado, complexo e imprevisível. Na Pós-modernidade não é mais possível descrever o mundo através de discursos científicos unificados em uma metalinguagem universal. As visões de mundo modernas foram drasticamente desconstruídas e, atualmente, o conhecimento pós-moderno é composto de “pequenos relatos”, ou seja, de narrativas múltiplas sobre um mundo também múltiplo. (LEITÃO ; NICOLACI-da-COSTA, 2003, p. 423)

A racionalidade pós-moderna é aquela que enxerga o mundo como instabilidade, imprevisibilidade e indeterminação, originando um contraponto frente às noções clássicas de verdade, progresso e ordem da Modernidade. Harvey (1989), no que tange às rupturas epistemológicas, afirma que, ao contrário da monotonia moderna (positivista, racionalista, universalista e progressista), o pós-moderno privilegia a fragmentação e a intensa desconfiança de todos os discursos universais.

A relativa convergência aduzida até aqui começa a se dissipar com os desdobramentos do pensamento pós-moderno. O intento de definir aquilo que lhe é essencial esbarra em dificuldades após o termo se disseminar na academia. Um bom indicador disto é a indefinição que paira sobre a tentativa de definir quem são os pensadores e os intelectuais reconhecidamente pós-modernos. Assim,

[...] Baudrillard, Lyotard, Derrida, e Foucault frequentemente são aglomerados e conceituados como teoria pós-moderna, embora com manifestações de resistência por parte daqueles que foram assim rotulados. Cada qual a sua maneira, eles criticaram as reivindicações universalistas das metanarrativas do Iluminismo ocidental (FEATHERSTONE, 1997, p.112-113).

Harvey, além de Lyotard, lista como exemplos dessa nova ordem,

a redescoberta do pragmatismo na filosofia (Rorty, 1979), a mudança de idéias sobre a filosofia da ciência promovida por Kuhn (1962) e Feyerabend (1975), a ênfase foucaultiana na descontinuidade [...] (HARVEY, 1989, p.19).

Em esforço semelhante, Best e Kellner (1991), estudiosos do pensamento pós-moderno, costumam agrupar, sob o denominador comum da crítica às metanarrativas, autores díspares como Derrida, Foucault, Rorty, Lyotard no mesmo balaio.

Independente dos autores incluídos no caldeirão da Pós-modernidade e da (in)correção desta inclusão, a efervescência na filosofia da ciência e o questionamento de premissas epistemológicas modernas na década de 1960 e 1970 parece irrevogável. Muito dessa ebulição ocorreu através da “nova filosofia da ciência”, capitaneada por Kuhn, Feyerabend e Lakatos. O primeiro, ao estudar as revoluções científicas, fez arrebrantar a idéia de que a ciência evoluía exclusivamente pela constatação empírica e isenta de que uma teoria é melhor do que a outra, de modo que essa superação é um processo intrincado, ocorrendo apenas a partir de um grande acúmulo de anomalias incompatíveis ao paradigma vigente.<sup>11</sup> A colaboração de Lakatos trouxe à cena a idéia de que os programas de pesquisa são compostos por um núcleo duro - dificilmente afetado mesmo que existam provas contrárias - e por teorias periféricas, que seriam mais suscetíveis a retificações, mas que não afetariam o núcleo principal. Feyerabend seguiu trilhas distintas, mais ousadas, ao propor seu anarquismo metodológico, no qual fincava a impossibilidade de se fixar critérios objetivos para a determinação da validade de uma teoria científica, restando, então, a outros fatores como propaganda, preferências estéticas e fatores políticos e econômicos a responsabilidade pelo sucesso das mesmas (APPOLINÁRIO, 2006).

Uma contribuição que vale mencionar no bojo desta temática, ainda que não tenha sido contemporânea aos autores já citados, é o posicionamento de E. Morin. Este autor retoma os debates epistemológicos de Kuhn, Popper e Lakatos, afirmando o mérito desses autores em apontar que a aceitação de uma teoria científica remete-se para algo que transcende a capacidade desta em desvelar, *in totum*, a realidade do mundo. Todavia, Morin explicita que esses epistemólogos não atentaram para a constatação de que essa incapacidade traduz, outrossim, a impossibilidade de que as teorias abracem a complexidade dos fenômenos que as mesmas buscam explicar (MORIN, 1996).

Morin (1996) concebe a complexidade como uma aspiração ao conhecimento multidimensional, no sentido de respeitar e considerar as diversas dimensões que reluzem em uma dada problemática. Tal

---

<sup>11</sup> Conferir Kuhn (1998).

proposição não se confunde, e o autor frisa bem esse ponto, com o intento de esgotar o fenômeno ou de gerar todas as informações possíveis e cognoscíveis sobre o mesmo, donde concluir que não se trata de uma corrida desmedida por completude. Feita tal ressalva, o autor sublinha que a realidade antropológica contém nela mesma uma dimensão individual, social e biológica e que “*ambição da complexidade é prestar contas das articulações despedaçadas pelos cortes das disciplinas, entre categorias cognitivas e entre tipos de conhecimentos*” (*Ibid.*, p. 177).

Do mesmo modo, pensar em termos de complexidade é levar em conta a existência e a irredutibilidade da desordem e do acaso na pesquisa do objeto de estudo, o que significa, em última instância, não se abalar diante da incerteza que envolve inelutavelmente este último. É neste ponto que suas colocações flertam com as rupturas epistemológicas da Pós-modernidade, visto que propõem relativizar a concepção de certeza e que defendem a necessidade de abdicar da abstração universalista que elimina a singularidade, a localidade e a temporalidade dos fenômenos. A teoria da complexidade se contrapõe à posição gnosiológica moderna que pressupunha a natureza como um objeto estável, regular, ordenado, harmônico e cuja essência poderia ser descoberta mediante a postulação de leis simples e universais. Ou concedendo a palavra ao autor,

Acreditamos que a razão deveria eliminar tudo o que é irracionalizável, ou seja, a eventualidade, a desordem, a contradição, a fim de encerrar o real dentro de uma estrutura de idéias coerentes, teoria ou ideologia. Acontece que a realidade transborda de todos os lados as nossas estruturas mentais. (*Ibid.*, p.191)

## 2.2 - Dinâmica social e subjetividade na Contemporaneidade

A revisão epistemológica nas bases da ciência e no campo da produção de conhecimento propiciada pela visada pós-moderna, principalmente na direção da instabilidade, imprevisibilidade, indeterminação e fragmentação, não foi um fenômeno isolado. Leitão e Nicolaci-da-Costa (2003) sinalizam que desde os escritos de Lyotard, alguns autores, a maioria com forte influência marxista, começaram a estender esta problemática para outros campos de análise na Contemporaneidade,

considerando ingênua a posição de Lyotard de restringi-la ao âmbito gnosiológico. Esta visão ganha força nas últimas décadas e inscreve-se no cotidiano da sociedade até os dias de hoje, fazendo a discussão sobre a passagem da Modernidade para a Pós-modernidade extrapolar o debate epistemológico, arquitetônico ou artístico (onde originalmente se iniciou), desdobrando-o como enquadre teórico útil para a avaliação das transformações sociais, políticas, econômicas e nos modos de subjetivação.<sup>12</sup>

Se as metanarrativas e os grandes sistemas explicatórios pautados pela ordem, previsibilidade e universalismo sofrem ataques estruturais, as grandes matrizes de interpretação do mundo social igualmente não passaram incólumes. A referência neste caso é precisamente ao lato processo de reflexão acerca do papel do Estado, da Igreja, da Família e de outras instituições sociais<sup>13</sup> que, graças a sua penetração no cotidiano dos cidadãos, atuavam como grandes grades de entendimento acerca da dinâmica social e prescreviam modelos de interação social. Desta forma,

O momento denominado pós-moderno coincide com o movimento de emancipação dos indivíduos em face dos papéis sociais e das autoridades institucionais tradicionais, em face das limitações impostas pela filiação a este ou aquele grupo [...]. (LIPOVETSKI, 2004, p. 64)

De fato, desde a década de 1960, as sociedades ocidentais assistiram a um questionamento radical e, ulteriormente, ao processo de fragilização de tais instituições<sup>14</sup> que, mediante seu prestígio, autoridade e o poder, veiculavam valores tradicionais e normalizadores (SALEM, 1991 ; LIPOVETSKI, 2004).

---

<sup>12</sup> Santos ressalta que se fez necessário “[...] ampliar o conceito de pós-moderno ou pós-modernidade que passou então a designar, não só um novo paradigma epistemológico, mas um novo paradigma social e político. [...] A transição epistemológica e a transição social e política, foram concebidas como autônomas, sujeitas a lógicas, dinâmicas e ritmos distintos, mas complementares.” (SANTOS, 2004, p.3)

<sup>13</sup> Definidas como: “*Deeply embedded patterns of social practices or norms that play a significant role in the organization of society.*” (CALHOUN, 2002, p.233)

<sup>14</sup> Por outro lado, vale frisar que as grandes instituições sociais como a religião, o Estado e a família não desapareceram e ainda desempenham um papel nada desprezível na sociedade. Por exemplo, no caso da religião é indissociável a volta de uma série de fundamentalismos, como resposta da tradição à expansão da individualização e à globalização (BECK, 2004, p. 242).

Assim sendo, “*Vivemos numa época em que a ordem social do estado nacional, da classe, da etnia e da família tradicional está em declínio*” (BECK, 2004, p. 236). A crise destes grandes e tradicionais sistemas de valores inicia-se em um contexto de mudança de costumes e de busca de estilos de vida alternativos, quadro que trouxe em seu rastro a erosão do poder normativo dessas instituições e se precipitou em alterações nas relações sociais. Por exemplo,

Basta pensar na liberação de costumes, que teve como contrapartida uma desestruturação do mundo familiar e relacional, tornando os vínculos entre as pessoas mais complicado que no passado, quando a norma tradicional impunha a cada um seu devido lugar na ordem social. (CHARLES, 2004, p. 22)

Acerca desta temática, Salem (1991) discorre principalmente no que tange à formação do indivíduo a partir das décadas de 1960 e 1970. Conforme aludido acima, esse período propugnou uma contestação radical de diversas formas de poder, autoridade e normas constituídas (Estado, família, sistema de ensino, psiquiatria, etc.), o que inaugurou, segundo a autora, um contexto aversivo a constrangimentos institucionais que, no extremo, serviriam às pretensões universalizantes da normatização.

Quando o *modus faciendi* de tais instituições passou a ser rechaçado por não estar mais em consonância com as práticas sociais ansiadas por parcelas significativas da população, surge certo vácuo nos modelos de sociabilidade e nos modelos de subjetivação grupais que essas instituições, através da tradição e de seus valores, forneciam ao campo social. Assim, no mundo contemporâneo as “*fontes de identidade coletivas e grupais [...] perdem aqui sua mística e se decompõem exaustas. Com isso, as receitas herdadas de viver e os estereótipos de papéis deixam de funcionar. Não há modelos históricos para a condução da vida.*” (BECK, 2004, p. 241-242)

No mesmo tom, Bauman (1998) aponta para a “*incerteza radical*” que ronda a vida cotidiana, trazendo um irredutível estado de dúvida quanto à futura configuração do mundo e à maneira correta de se viver nele. Esta condição de incerteza vem consoante com a erosão de valores tradicionais e com a corrosão estrutural nas instituições sociais, importantes elementos para pensar com maior acuidade a

relação indivíduo-sociedade, relação esta que sofreu uma profunda ressignificação. O esmaecimento do papel dos vetores institucionais desvela novas formas de sociabilidade e subjetivação, minimizando a força de modelos prescritos anteriormente.

A idéia de uma desregulação global da vida econômica, social e política, que acaba por gerar volatilidade e flexibilidade em vários setores da sociedade, traduz o quadro pintado por Santos (1995) para designar tal conjuntura. Este prossegue sua análise expondo que, em paralelo ao aumento das possibilidades de escolha, diminui, paradoxalmente, a capacidade de escolher, de forma que a suposta proliferação de caminhos possíveis, oriunda dessa flexibilização, na verdade, desemboca não na autonomia de interpretação, mas na renúncia à interpretação. Um sujeito que sofre, a um só tempo, no excesso e no déficit. Seguindo essa trilha, é possível postular que antes da verdadeira singularização dos indivíduos ou da existência de uma liberdade incontestável, o que está na ribalta, segundo alguns autores, é uma tendência ao conformismo e à massificação, de maneira que a manifestação de tal individualidade seria um fenômeno superficial e que oculta uma continuada e acrítica reprodução do funcionamento social.<sup>15</sup>

Se o papel das instituições foi revisado na Contemporaneidade, a constituição subjetiva dos indivíduos também sofre mudanças de grande magnitude. A partir do enfraquecimento de ideais que serviam como norteadores para a constituição subjetiva, cada sujeito passou a se formar de modo mui particular e próprio e o individualismo consolidado na Modernidade ganha tintas novas. Nesta trilha, os indivíduos se moldam cada vez mais distantes de princípios compartilhados socialmente, o que engendra uma subjetividade marcada pela entronização da singularidade de cada um frente ao corpo social. Ora, em última instância, trata-se de um recrudescimento do individualismo qualitativo (*uniqueness*) conforme explicitado por Simmel. Fundamentado tanto na liberdade frente às amarras institucionais e normativas quanto no culto à diferença e à autenticidade (ascensão da dimensão do *uniqueness*), o individualismo contemporâneo configura-se como um vetor incontestado na consecução dos processos de subjetivação atuais:

---

<sup>15</sup> Cf. Enriquez ; Carreteiro (2003) e Enriquez (1994a). Enriquez (1994a) opõe à formação desse indivíduo a constituição do *sujeito*, aquele que tenta fugir da clausura social e que busca a transformação das relações sociais.

[...] entramos na era pós-moderna, momento muito preciso que vê ampliar-se a esfera da autonomia subjetiva, multiplicarem-se as diferenças individuais, esvaziarem-se de sua substância transcendentos os princípios sociais reguladores e dissolver-se a unidade de opiniões e dos modos de vida. (CHARLES, 2004, p. 19)

Beck (2004) ainda aponta que, ao contrário de grande parte da história da humanidade, na qual o comportamento individualista era igualado a um desvio ou mesmo à idiotia, hoje, no mundo contemporâneo, a individualidade se torna valorizada na exata proporção em que o indivíduo aparece como singular frente ao coletivo. Daí assumir que o valor e a essência da individualidade atual são exatamente a não-identidade radical.

Diante das mudanças nos processos de identificação e constituição de subjetividade, cada indivíduo tenta construir uma escala de valores baseado em uma construção *sui generis* de referências, como na composição de um mosaico. A idéia, neste caso, é de que as identificações contemporâneas são cada vez mais fugazes e frágeis e passam a ser submetidas a um registro de “encaixe e desencaixe”, quase errático, em determinados *patterns* identitários. Refere-se aqui a um deslizamento contínuo ao longo das diversas possibilidades de ancoragens subjetivas, pontuado por uma transitoriedade que parece inerente ao processo (DOMINGUES, 1999).

Na mesma direção dos autores que concebem a Contemporaneidade como uma radicalização da Modernidade e não sua ruptura completa, Friedman (2000), ao comentar os novos moldes de subjetivação, pontua que se a Modernidade já instaurava nos indivíduos a intransferível tarefa de autoconstituição - em contraste com as sociedades tradicionais nas quais as identidades eram atribuídas -, a Pós-modernidade, graças à instabilidade das instituições, tornara essa empreitada ainda mais assoberbada.

Ademais, é possível perceber o alinhamento das mudanças no campo da subjetividade com as mudanças no campo epistemológico da Contemporaneidade. Neste enquadre, a multidimensionalidade do indivíduo, composto por constelações de subjetividade, encontra paralelo nas mudanças na epistemologia:

Se o novo paradigma epistemológico aspira a um conhecimento complexo, permeável a outros conhecimentos, local e articulável em rede com outros conhecimentos locais, a subjetividade que lhe faz jus deve ter características similares ou compatíveis [...] (SANTOS, 1995, p.333)

Deste modo, delinea-se na atualidade uma subjetividade cada vez mais complexa, individualista e singular. Algumas leituras do fenômeno do individualismo nos tempos atuais apontam para cenários graves. Neste caso, os indivíduos são concebidos como dotados de uma subjetividade essencialmente autocentrada e alheia ao outro, além de pautados pelo hedonismo e consumismo. O mundo torna-se especular e imerso na cultura do narcisismo, sendo a auto-absorção a correta definição para o clima moral da sociedade contemporânea.<sup>16</sup>

Outra análise que enxerga efeitos adversos neste cenário endereça-se exatamente à imersão em um quadro de referências fugidio, oriundo das dificuldades em compartilhar referências coletivas e da busca desenfreada pelas próprias especificidades individuais. Bezerra Júnior aponta que:

Se para sermos indivíduos (e afirmar a singularidade absoluta de cada um), somos levados a recusar qualquer tipo de filiação ou herança simbólica, corremos o risco de sermos jogados em uma atmosfera de diluição de referências. (BEZERRA JÚNIOR, 1999b, p. 114)

Tal quadro, antes de ser estanque, traz em sua esteira os desdobramentos dessa problemática. Com o fito de arrefecer o sentimento de ausência de pertencimento, uma das réplicas possivelmente aventadas pelos indivíduos é a valorização da exterioridade em detrimento da dimensão interior, ilustrada no privilégio dado à aparência e ao mundo das imagens, convergindo para o processo de estetização da existência e para o aparecimento da sociedade do espetáculo.<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> Conferir o estudo de Lasch (1983), intitulado *Cultura do narcisismo: vida americana numa época de esperanças em declínio*, no qual o referido autor estuda a sociedade americana da década de 1970. Sua pesquisa indica, entre outras conclusões, que o homem definitivamente passou a viver para si, na medida em que ocorre a perda do sentido de continuidade histórica e da preocupação com as gerações futuras.

<sup>17</sup> Debord (1997) assevera que o espetáculo não pode ser compreendido como o abuso de um mundo da visão, o produto das técnicas de difusão massiva de imagens. Ele é bem mais uma *Weltanschauung* tornada efetiva, materialmente traduzida. É uma visão do mundo que se objetivou.

Principalmente para a psicanálise, a perda de suportes simbólicos identitários e a atmosfera de fragmentação do indivíduo trariam o risco da formação de uma subjetividade em desamparo e pautada pelo narcisismo. Esta configuração acarretaria uma trajetória existencial de incerteza e traria algumas conseqüências nocivas na saúde mental dos indivíduos, formando um cenário propício para o surgimento de psicopatologias como pânico e depressão.<sup>18</sup>

Outras linhas de interpretação salientam que, tendo em vista uma constituição subjetiva mais atrelada ao individualismo e ao egoísmo, haveria maior dificuldade na valorização da alteridade e da solidariedade, assim como na suplantação da exclusão social, o que colocaria em questão postulados éticos que fornecem um norte para as condutas humanas:

Trata-se, acredito, de uma incerteza ética, talvez um dos mais importantes entraves do mundo contemporâneo à possibilidade de ações cooperativas e projetos solidários regidos por valores altruístas e de justiça social. (SÁ, 2005, p.37)

A referida autora, baseada nos estudos de Costa (2000), destaca que a inserção da sociedade brasileira na Contemporaneidade desemboca em uma ampla omissão diante dos seus graves problemas sociais e humanos. Na esteira de um individualismo que defende cegamente “o direito a felicidade” ou “a realização do próprio desejo”, emerge um modo de subjetivação que dinamita as possibilidades de solidariedade, alavanca o alheamento diante dos desfavorecidos - vistos cada vez mais sob as lentes da desqualificação do sujeito como ser moral - e despolitiza radicalmente o mundo. Este último tópico, em especial, será aprofundado a seguir.

### 2.3 - Os projetos coletivos no mundo contemporâneo

Considerando os objetivos desta dissertação e o cenário esboçado acima, notoriamente atravessado por um arranjo social que comporta o individualismo e o declínio dos valores compartilhados, torna-se interessante avaliar o desenvolvimento dos projetos coletivos no mundo atual. Trata-se de investigar até que ponto os ideais, a luta política, o engajamento social ou a implementação

---

<sup>18</sup> Vide Coutinho ; Garcia (2004) e Birman (1999).

de propostas coletivas conseguem mobilizar cidadãos em prol de determinadas bandeiras, além de avaliar quais são as formas que esses movimentos assumem e seus resultados no sentido de alguma mudança social.

A efetividade de um projeto comum pressupõe um sistema de valores suficientemente interiorizados e idealizados dentro de uma coletividade, pois é na esteira de tal condição que surgem a consistência e a aura excepcional do mesmo, elementos decerto mobilizadores para sua consecução (ENRIQUEZ, 1994b). Todavia, na dinâmica social da atualidade, o compartilhamento de ideais parece artigo cada vez mais raro pela própria incapacidade destes em promover identidades coletivas. Assim “*Vivemos em sociedades nas quais, de fato, os ideais são múltiplos, contraditórios, nas quais, dificilmente, eles suscitam a aceitação ou a identificação*” (ENRIQUEZ, 1994a, p. 30).

Neste particular, ao bosquejar as linhas e as curvas que compõem o contemporâneo, Dufour (2005) o concebe como uma fratura na Modernidade, cujos elementos prioritários são, entre outros, o estiolamento das grandes narrativas soteriológicas, religiosas e políticas, assim como das ideologias e das vanguardas, tendência casada com a própria radicalização do individualismo. Tanto no que se refere à filiação aos ideais tradicionais e conservadores, quanto no que toca à adesão aos projetos de transformação social, as coletividades parecem envoltas em uma atmosfera na qual os vetores de aglutinação social surgem dissolvidos.

Bauman expõe como, no contexto contemporâneo, os grandes ideais e os interesses coletivos não são suficientes para proporcionar a filiação dos indivíduos, quadro que leva a um modo de subjetivação individualizado:

Sem a crença num destino e propósito coletivos do todo social são os indivíduos que devem, cada um por si, dar sentido à vida. Tarefa que já não era fácil nos melhores tempos, torna-se verdadeiramente desanimadora quando nenhum sentido pode contar com apoio seguro – pelo menos não o bastante para sobreviver ao esforço da própria adoção. (BAUMAN, 2000, p.76)

Poder-se-ia visualizar, *prima facie*, no declínio desses valores compartilhados um contorno positivo. Como lembra Dufour (2005) se o sujeito é o *subjectus*, ou seja, o que é submetido, a condição

humana é uma condição de assujeitamentos que, em muitas paradas da história, enquadraram os indivíduos de forma acrítica a princípios coletivos e simbólicos como o Deus das narrativas religiosas monoteístas, o Rei das monarquias absolutistas ou a Raça do nazismo, em nome dos quais foram realizadas carnificinas abomináveis. *A priori*, o estilhaçamento dessas ficções centrais e a queda dos ídolos que regulam e organizam nossa subjetividade, diz o autor, poderia ser lida como uma boa nova; porém, em seguida o autor refuta essa hipótese:

Temo muito que os que querem se convencer disso confundem o fato de ultrapassar por cima o assujeitamento simbólico com a saída por baixo. Num caso, nos esforçamos pela autonomia tal como numa ascese extremamente exigente [...] No outro caso, soçobramos numa autonomia toda ilusória, apenas livres no caso de querer o que a mercadoria não pára de oferecer. (DUFOR, 2005, p. 60)

Assim, a recusa pura e simples das instâncias coletivas e simbólicas não acarreta em si a autonomia; esta adquire materialidade no laborioso compromisso crítico e reflexivo dos sujeitos diante dessas instâncias.

A política - meio habitual para a aglutinação de cidadãos em torno de ideais compartilhados - surge igualmente imerso no turbilhão de mudanças da Contemporaneidade, desta feita, sem nenhuma isenção confronto seu vórtice de transformações. A própria relação dos indivíduos com o exercício da política acabou ganhando diferentes contornos. Se na Modernidade era possível apontar grandes projetos de transformação social, movidos por algum tipo de ideal (como o comunismo e o fascismo, por exemplo), nas últimas décadas, tornou-se cada vez mais difícil encontrar iniciativas ombreadas aos projetos modernos. A partir dos derradeiros suspiros do socialismo soviético, no fim da década de 1980, as ideologias<sup>19</sup> passam a funcionar em outro registro:

Não é que não exista mais ideal, é que o ideal novo consiste em poder passar sem ideal, em ser apenas conforme e transparente em relação com seu próprio funcionamento. Não estaríamos, então, no fim das ideologias, mas, antes, na ideologia de pensar e viver sem ideologia. (LEBRUN, 2004, p. 132)

---

<sup>19</sup> O conceito de ideologia tem uma longa e intrincada discussão nas ciências sociais que não cabe esmiuçar no espaço restrito dessa dissertação. Para efeitos práticos desta pesquisa considerar-se-á ideologia o “*Conjunto de convicções e conceitos (concretos e normativos) que pretende explicar fenômenos sociais complexos com o objetivo de orientar e simplificar as escolhas sócio-políticas que se apresentam a indivíduos e grupos.*” (SILVA, 1986, p. 570)

Isto é, em um contexto social cada vez mais escasso em valores compartilhados, marcada por uma subjetividade individualista e referenciada ao consumismo, os ideais, antes capazes de aglutinar cidadãos em torno de uma causa e de gerar atores coletivos capazes e atuantes no campo social e político, acabam perdendo a potência. Graças à diminuição da crença na política e na mobilização social como agentes de transformação, os grandes projetos coletivos parecem se tornar menos prováveis, a partir tanto da subpolitização da sociedade quanto do esvaziamento das possibilidades de construção de iniciativas políticas compartilhadas.

Especialmente no que tange à democracia representativa, Beck (2004) a percebe como fundamentalmente despolarizada na atualidade em função da crise de confiança nos partidos políticos (que se tornaram incapazes de mobilizar suas bases) e do número limitado de atores coletivos realmente representativos. Maffesoli (1997) vai além e sublinha que, se há descrédito frente aos caminhos institucionais do exercício da política (como partidos políticos e congressistas), essa só é a face mais aparente de um processo mais profundo, posto que para além deles, é a própria política que não parece mais capacitada para enfrentar os desafios a ela propostos. Tampouco funciona como força de atração para os cidadãos, pois não formata projetos de futuro que os façam se engajar. Portanto, *“trata-se de um segredo de polichinelo, o rei está nu: passou o tempo da política.”* (MAFFESSOLI, 1997, p. 20)

Por outro lado, cabe afiançar que, em paralelo a essa conjuntura, a dinâmica social dos últimos decênios catapultou lutas políticas de outra ordem. Surgidos no cenário sócio-político da Europa, os Novos Movimentos Sociais parecem se enquadrar neste caso. Santos ressalta que o movimento estudantil da década de 1960,

[...] identifica as múltiplas opressões do cotidiano, tanto no nível da produção (trabalho alienado) como da reprodução social (família burguesa, autoritarismo da educação, monotonia do lazer, dependência burocrática) e propõe alargar a elas o debate e a participação política. [...] declara o fim da hegemonia operária nas lutas pela emancipação social e legitima a criação de novos sujeitos sociais de base transclassistas. (SANTOS, 1995, p. 249)

No rastro do movimento de contracultura, as lutas políticas quedaram-se mais fragmentadas e menos atreladas à luta de classe marxista, formatando um quadro mais coerente com a realidade contemporânea. O surgimento de novos atores coletivos marca um momento pluralista embebido em movimentos pontuais como o pacifismo, feminismo, anti-racismo, ecologismo e defesa de minorias étnicas e raciais. Em um mundo onde as metanarrativas estão em desuso e os grandes sistemas explicatórios começam a parecer extemporâneos, os movimentos sociais voltam-se para lutas localizadas e levam grupos a querelas cada vez mais circunspectas, em oposição aos discursos totalizantes predecessores.

Esta forte fragmentação da agenda política em diversos movimentos sociais tira o peso relativo dos atores políticos tradicionais, como os grandes partidos e suas políticas de classe (SANTOS, 1995). Assim, a militância partidária cede parte de seu espaço para o surgimento de movimentos sociais que operam prioritariamente como agentes coletivos e, geralmente, elevam sua voz em torno de temáticas de interesse público.<sup>20</sup>

A ligação entre os Novos Movimentos Sociais e o pós-moderno foi estudada por alguns autores. Por exemplo, há aqueles que defendem que houve um momento inicial no qual a visão pós-moderna seduziria os Novos Movimentos Sociais. Assim,

[...] o ataque ao universalismo, ao elitismo e ao formalismo modernistas constituiu o que poderíamos chamar de momento atraentemente ‘ecológico’ do pós-modernismo, sua abertura descentralista a estilos ou experiências reprimidas e a cultura do Outro, do Diferente (mulheres, gays, negros, Terceiro mundo). (OUTHWAITE ; BOTTOMORE, 1996, p. 477)

Harvey (1989), por seu turno, acena com a idéia de que, em tese, uma visão de mundo que rejeita discursos totalizantes e se pauta pelo pluralismo, abriria espaço para a compreensão da diferença e da

---

<sup>20</sup> Ainda que os mesmos se organizem inicialmente em espaços apartados da representação no plano do Estado, seria “*um erro imaginar que possam prescindir das instituições do Estado enquanto sociedade politicamente organizada. Daí a necessidade de uma estratégia política dual: os movimentos sociais devem atuar no plano institucional e extra-institucional, apoiados ao mesmo tempo nas organizações da sociedade civil e em outros atores, como os partidos e os sindicatos.*” (VIEIRA, 2000, p. 61)

alteridade, assim como ofereceria alto potencial libertário ao conjunto de movimentos sociais. Porém, o mesmo autor revela que existem várias posições que desacreditam essa possível ligação. No Brasil, só para citar um exemplo, Oliveira (2002) enxerga na defesa do pluralismo típico da Pós-modernidade um engodo, que em nada ajuda os movimentos sociais, servindo prioritariamente como um instrumento para a constituição de subjetividades alinhadas a interesses capitalistas que, a partir do desejo de diferenciação, impulsionam o consumo e afastam os atores dos projetos coletivos.

De todo modo, ainda que alguns dos Novos Movimentos Sociais consigam densidade social e resultados práticos em suas demandas, de forma geral, as sociedades contemporâneas parecem esgrimir contra a dificuldade de aglutinar cidadãos em torno de um ideal. A configuração do individualismo contemporâneo e o escasso engajamento do *socius* em atividades de cunho político indicam a veracidade desta análise. Isto é, ainda que seja possível localizar nestes movimentos uma postura contra-hegemônica e um fio de politização e engajamento social, sua aptidão para mobilizar as massas e ganhar amplitude parece estreitada na atualidade.

## 2.4 - Transformações econômicas e no mundo do trabalho

Outro signo imponente do mundo contemporâneo, as transformações econômicas vêm a reboque do incremento substancial da circulação de produtos e das trocas comerciais, impulsionando como nunca o processo de transnacionalização das economias. Neste sentido, toma feição a Globalização, realidade que assombra os corações e as mentes de estudiosos de diversas áreas do conhecimento e que costuma ser significado como um fenômeno incontrolável e de difícil demarcação, visto que “*o significado mais profundo transmitido pela idéia de globalização é o do caráter do indeterminado, indisciplinado e de autopropulsão dos assuntos mundiais: a ausência de centro [...] A globalização é a nova desordem mundial de Jowitt com um outro nome*” (BAUMAN, 1999, p. 67).

A intensificação deste fenômeno nas últimas décadas trouxe em sua popa a abertura e a desregulação das economias nacionais, a formação de mercados internacionais comuns e a criação de

processos de produção integrados e multilocais, todo esse cenário facilitado por notáveis progressos técnicos, principalmente na área de tecnologia da informação (GERSCHMAN, 1997). No terreno pavimentado por essa contextura, as redes de produção, circulação e consumo de produtos e serviços de cada país definem-se cada vez mais por um amálgama de influências que ultrapassam elementos puramente nacionais. Todavia, convém atentar para constatação de que a Globalização não se resume a questões econômicas e surge como realidade multifacetada, denotando também fenômenos na esfera cultural, social e política, tais como a difusão de padrões transnacionais<sup>21</sup> de organização social, estilos de vida, padrões de consumo<sup>22</sup> e formas de pensamento (VIEIRA, 2000).

Marcos importantes para a emergência deste processo, a crise econômica da década de 1970 e as dificuldades de financiamento dos padrões de proteção social do *welfare state*<sup>23</sup> engendraram um arranjo suscetível ao crescimento do ideário neoliberal, embalado na promessa de ser a resposta adequada para tal problemática. A fórmula neoliberal advoga, *grosso modo*, a minimização do Estado em suas responsabilidades sociais, a privatização de empresas e serviços públicos e a desregulamentação/liberação dos mercados internacionais e nacionais, facilitando desta forma a circulação de ativos financeiros, bens de consumo e mão-de-obra.

O impacto da Globalização e do Neoliberalismo sobre o papel do Estado também é alvo de estudos. Bauman (1999), por exemplo, traz a lume a idéia que a economia e o capital financeiro movem-se tão rápido que se mantêm sempre um passo adiante das tentativas do Estado em direcioná-

---

<sup>21</sup> A citação desta difusão deve ser acompanhada da ressalva feita por alguns autores que apontam que a Globalização não se revela estritamente como um movimento de total massificação/homogeneização de fenômenos globais em detrimento das peculiaridades locais. O local e o global estão inseridos na mesma dialética e se interpenetram, de forma que não se trata exatamente de um aniquilamento do primeiro pelo segundo (VIEIRA, 2000; BAUMAN, 1999).

<sup>22</sup> O consumo passa a ser um dos pontos mais estudados pelos teóricos da Pós-modernidade e da Globalização. Uma pesquisa seminal sobre esse assunto foi empreendida por Baudrillard, na qual surge a tese de que a ênfase do capitalismo atual não recai mais sobre os mecanismos de produção (como, por exemplo, no capitalismo do século XIX), e sim, nos mecanismos de consumo. Esta asserção se comprova no *boom* do *marketing*, no nascimento e crescimento de órgãos de defesa do consumidor e no papel incontestado que a marca dos produtos adquire na definição de papéis sociais de seus compradores, outrora definidos, em bom grado, pelo tipo de inserção nos modos de produção. O consumo deixa de ser reflexo da produção e passa a ser fundamental para a organização social, impulsionando um consumismo desenfreado de signos e imagens, entendidas cada vez mais como mercadorias (BAUDRILLARD, 1995; FEATHERSTONE, 1997).

<sup>23</sup> Sistemas políticos de bem-estar social implantados no final da Segunda Guerra Mundial, principalmente na Europa, e que têm no modelo de seguridade social uma característica marcante. Um sistema baseado na seguridade social parte da idéia que o Estado teria obrigações naturais e inalienáveis com os cidadãos, concretizadas no acesso universal a um padrão mínimo de bem-estar, que incluía benefícios pecuniários, saúde, educação, emprego, habitação, etc. (OLIVEIRA ; TEIXEIRA, 1986).

los. Esse descompasso entre mercado e Estado só se queda abrandado na ocasião em que este último toma para si, como tarefa absolutamente prioritária, a criação de condições ótimas para o livre desenvolvimento do primeiro, a despeito de conseqüências desagradáveis para outros setores da sociedade.<sup>24</sup> Nesta toada é possível asseverar que “*a economia é progressivamente isentada de controle político. Com efeito, [...] a única tarefa econômica permitida ao Estado e que se espera que ele assuma é a de garantir um orçamento equilibrado*” (BAUMAN, 1999, p. 74). Com isso, fica mitigada a responsabilidade do Estado como vetor de regulação e estabilização sócio-econômica.

Os efeitos dos ditames do mercado financeiro fazem-se sentir, por exemplo, nos sistemas de proteção social sob a égide do Estado, principalmente na articulação entre a formulação de políticas sociais, os ajustes macroeconômicos e o déficit fiscal dos governos, uma discussão que hodiernamente é tão importante quanto recorrente nas ciências sociais e na Saúde Pública. Costa (2002) ao estudar esta temática na realidade brasileira sinaliza que na década de 1990, a integração do Brasil à economia global trouxe diminuição do grau de liberdade das políticas orientadas para o desenvolvimento interno do país e um maior esforço na busca de legitimação externa para garantir investimentos e crédito.

Assim, a inserção supostamente benfazeja do Brasil na economia globalizada<sup>25</sup> condicionou as políticas sociais a um receituário macroeconômico vindo do exterior. De fato, a história recente do Estado brasileiro mostra que esta submissão das políticas sociais, originada da fórmula adotada pelo Brasil para integrar-se ao mercado globalizado, propiciou a negação da agenda universalista em determinadas políticas públicas, a focalização de programas sociais e o constrangimento do financiamento em certas áreas do governo.<sup>26</sup>

As conseqüências sociais da Globalização, no Brasil e no mundo, parecem indicar queda dos níveis salariais, aumento da pobreza e da concentração de renda, conflitos sociais, degradação de serviços públicos e destruição ambiental (VIEIRA, 2000). Apesar da correção desta avaliação, cabe

---

<sup>24</sup> Bauman (1999) sustenta que a Globalização fraturou o tripé da soberania do Estado Moderno: a auto-suficiência militar, econômica e cultural, pois em todas essas esferas os Estados tiveram que buscar alianças externas e entregar pedaços de sua soberania.

<sup>25</sup> Esta inserção incluiu políticas de austeridade fiscal, defesa do superávit primário, estabilização dos gastos públicos e da moeda, realização de privatizações e insulamento da política monetária das outras políticas públicas.

<sup>26</sup> Cf. Costa (2002) e Ugá ; Marques (2005).

assinalar que a economia não se move mecanicamente nem independente da complexa relação de forças políticas que se estrutura nos âmbitos internacional e nacional. Como sublinha Diniz (2001), convém salientar que a Globalização não está comandada por forças inexoráveis e nem crivada exclusivamente por relações e processos de natureza econômica. Nesse sentido, para além da simplificação que circunscreve amiúde as análises acerca da Globalização, alguns autores realçam que as mesmas bases materiais que sustentam a ação dos beneficiários da Globalização neoliberal, como o desenvolvimento tecnológico e as facilidades no campo da comunicação/informação, podem servir a outros atores (SIQUEIRA, 2003).<sup>27</sup> Ainda sim, configura-se uma relação entre sociedade, mercado e Estado marcada pela desregulamentação, flexibilidade, fluidez e liberalização, na maioria absoluta das vezes, pendendo para o enfraquecimento de direitos sociais e fragilizando as camadas com menor poder de vocalização.

Neste contexto decerto que o mundo do trabalho e das organizações não passaria imune. Seguindo nesta discussão, Pires (1996) trabalha com propriedade a transição do modelo fordista e da sociedade de *welfare state* para o contexto contemporâneo e globalizado do mundo do trabalho. A autora aponta uma série de fatores que ecoaram ruidosamente no modo de organização dos processos de trabalho, na estruturação das organizações e na relação empregado-organização, possibilitando essa transição. Dentre esses, Pires destaca a diminuição dos ganhos com produtividade nos países desenvolvidos, a contestação dos princípios tayloristas-fordistas de organização do trabalho, as grandes inovações tecnológicas, a crise do petróleo e a inibição do desenvolvimento econômico das décadas de 1960 e 1970.

Harvey (1989) entra neste debate e chama atenção para outros elementos que pairavam na atmosfera da época. Atesta ele que, como resultado do enfraquecimento sindical, do excedente de mão-de-obra e da volatilidade do ambiente econômico, surge no mundo organizacional o processo de acumulação flexível, apoiado na flexibilidade e na mobilidade dos mercados de trabalho, permitindo que o patronato exercesse pressões cada vez maiores sobre os empregados.

---

<sup>27</sup> Um exemplo é a “Globalização por debaixo” ou das bases (“*grassroots*” *globalization*), articulação de movimentos sociais de cunho antineoliberal e em prol da universalização dos direitos humanos, de melhorias nos sistemas de proteção social e do crescimento da solidariedade/cooperação internacional. Mesmo considerando o caráter incipiente e pontual desta iniciativa, a mesma desvela a necessidade de tornar menos reducionistas as análises sobre a Globalização.

O mundo globalizado traz em sua esteira a “remercadorização do mercado” (CASTEL, 1998), melhor entendida como a volta da hegemonia do mercado na definição das condições de salário dos profissionais, efeito que era em bom grau mitigado pela presença forte de um salário indireto, composto por benefícios sociais e previdenciários garantidos legalmente pelo Estado no *welfare state*.<sup>28</sup> Isto decorre, segundo o autor, da crescente precarização das relações de trabalho, do desenvolvimento do desemprego e da investida neoliberal que esfacelaram a antiga segurança salarial, uma vez que minaram suas bases, quais sejam, a estabilidade do trabalho e as garantias do Estado.

Esta precariedade do estatuto do trabalho traduz-se no mundo contemporâneo, por exemplo, em subempregos, contratação por tempo determinado, contratos informais e terceirizações, além de remunerações cada vez mais flexíveis e menos dependentes de salário formal pré-fixado, realidade ligada à minimização dos custos do trabalho e à maximização da mais-valia daí extraída.<sup>29</sup> Esta instabilidade do emprego contribui para um clima de fragmentação e indefinição no campo das relações trabalhistas/econômicas. Salm (1998) interpreta esse cenário estabelecendo liames entre ele, o acirramento do individualismo e a perda da capacidade de regulações coletivas, tão próprias dos tempos contemporâneos, visto que parece apenas crescer a dificuldade em se construir agentes grupais com força suficiente para erigir barreiras ante essas tendências.

De todo modo, e Castel tem o cuidado de fazer esse alerta, tais constatações sobre a precarização do trabalho assalariado não autorizam a conclusão de que seu fim esteja se avizinhandando.<sup>30</sup> Apenas permitem entrever a metamorfose do trabalho em vigor, assentada robustamente na idéia de que “*em lugar de um conjunto de assalariados majoritariamente protegidos, há cada vez mais assalariados fragilizados*” (CASTEL, 1998, p. 157).

A flexibilidade no mercado de trabalho ganha uma imagem especular na própria estruturação das organizações e nas competências requisitadas aos profissionais. Sennett (2003) sinaliza que a característica principal do capitalismo contemporâneo é a flexibilidade, permitindo ao autor cunhar a

---

<sup>28</sup> Convém lembrar que o Estado Brasileiro não se configurou propriamente como um Estado de *welfare state*.

<sup>29</sup> Este contexto, segundo Castel, é ainda mais grave em países em desenvolvimento, posto que não chegaram a implementar um estado de bem-estar social pleno e são mais frágeis em termos de regulações trabalhistas e resistência organizada.

<sup>30</sup> Assim, “*o trabalho permanece como referência dominante não somente economicamente, como também psicologicamente, culturalmente e simbolicamente, fato que se comprova pelas reações daqueles que não o tem*” (CASTEL, 2005, p.18).

expressão “capitalismo flexível” para designá-lo. Este exige o desprendimento das formas rígidas da burocracia e a busca por empregados ágeis, abertos a mudanças, que assumam riscos constantemente e que dependam cada vez menos de leis e procedimentos formais. Para Sennett, a carreira profissional (*career*), antes mediada pela perspectiva de longo prazo, como uma atividade para toda vida, cede espaço para o emprego (*job*), regido pela lógica do curto prazo e por um vínculo tépido e instável entre trabalhador e trabalho, provocando uma vida profissional segmentada em blocos.

De fato, o crescimento gradual na atividade, a estabilidade e a utilização por longo tempo do mesmo conjunto de habilidades, características de uma carreira profissional (*career*), fenece como um modo de relação com o trabalho. Em seu lugar, aparecem relações pontuais e desinvestidas afetivamente entre empregados e organizações, os empregos. Esta pulverização da atividade profissional em partes ou momentos estanques quebra a linearidade que advinha do trabalho enquanto carreira, obstaculizando a criação de uma narrativa profissional que seja coerente e que fuja do nomadismo e do caráter errante (SENNETT, 2004). Em outras palavras, a criação de uma linha de continuidade narrativa, pautada por experiências profissionais perfeitamente cumulativas, revela-se uma tarefa cada vez mais própria a um relicário.

As transformações do mundo do trabalho (como a precarização e a alta competitividade), aliadas ao contexto geral da sociedade contemporânea (fragilidade de vínculos, individualismo e déficit de ideais), são destacadas por Azevedo (2005) como pontos que relativizam as possibilidades das organizações funcionarem como pólos de identificação e idealização e, devem, portanto, estar presentes no estudo das mesmas.

Particularmente proveitosa dentro dos propósitos adotados nesta pesquisa, outra característica do trabalho que sobressai no mundo contemporâneo é a formação de equipes como forma privilegiada para organizar a realização das tarefas. Na maior parte das vezes estabelecidas em caráter multiprofissional, a consolidação e a disseminação das equipes de trabalho são entendidas por Pires (1996) como uma verdadeira inovação frente ao modelo fordista, um modo mais hierárquico e individualizado de perpetrar o trabalho.

Por sua vez, Antunes (1999) comenta a crise do fordismo ao sintetizar que o trabalhador que se defrontava com tarefas repetitivas e individualizadas da linha de produção, agora, demuda-se em um operário forçosamente polivalente e integrado a uma equipe. Em aditamento, vale mencionar que a formação das equipes multiprofissional parece estar em linha com um mundo marcado pela complexidade, na medida em que faculta a articulação de diversos saberes e práticas para a realização de um único trabalho.

Sendo assim, a organização em equipe enriquece, à primeira vista, a realização das tarefas, dado que a fertiliza a partir da contribuição de diversos aportes profissionais, além de facilitar a integração entre a concepção e a execução do trabalho, produzindo, por via de consequência, maior aprimoramento do processo. Por outro lado, se pode ser tomada como um elemento que otimiza o trabalho, a instauração de equipes pode ser interpretada similarmente como um empecilho para sua consecução, caso sua dinâmica seja envolvida pela diluição de responsabilidades ou por uma interação contraproducente de seus membros.

Este capítulo fulgura em seu desfecho ao pôr em relevo alguns pontos que serão retomados posteriormente. Em meio às transformações contemporâneas, o trabalho em Saúde Mental confronta-se com indagações diversas, dentre as quais destacam-se: Quais as repercussões no saber psiquiátrico face às mudanças epistemológicas do período e a emergência da complexidade? E o estatuto das práticas em Saúde Mental em um mundo que contestou profundamente o papel das instituições? Ou ainda, como conceber a implantação da Reforma Psiquiátrica, um projeto coletivo que necessita de valores, símbolos e ideais compartilhados, em uma atmosfera assaz individualista?

Indo além, quais os impactos das transformações econômicas nas políticas sociais no Brasil, especialmente no SUS, e a ressonância destes no campo da Saúde Mental? No que toca às mudanças no mundo do trabalho, de que maneira ecoam na realidade dos serviços o processo de flexibilização do trabalho, as alterações nos modelos de vínculo subjetivo entre os profissionais e suas organizações e a disseminação das equipes multiprofissionais? O próximo capítulo está atravessado pelo anelo de aprofundar essas questões.

# 3 - A TRAJETÓRIA DO CAMPO DA SAÚDE MENTAL E DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

## 3.1 - O Tratamento moral e as práticas assistenciais no nascimento da psiquiatria

A história do conhecimento e do tratamento da loucura não passou indene à ação inexorável do tempo e das mudanças políticas, sociais e econômicas. A fidedignidade desta asserção, entretanto, não autoriza uma visão linear da história da loucura, na qual o eixo de análise repousa sob os auspícios de uma pretensa e perfeitamente contínua evolução cronológica de ações. Os sobressaltos, as latências, as rupturas e a microfísica das relações humanas e sociais promovem um intrincado plexo de laços que cria, na diacronia das concepções e das práticas sobre a loucura, um enredo intrincado.

Este capítulo tem por escopo realizar um breve recuo histórico nas modalidades teórico-práticas que delimitaram a experiência da loucura no mundo ocidental, fornecendo um panorama das transformações sobrevindas na esteira da Reforma Psiquiátrica e seu corolário sobre o campo da Saúde Mental no Brasil. Tal esforço de mapeamento histórico é freqüente nas publicações e teses da área de Saúde Mental, tendo em vista que ele serve como referência e contexto, ajudando os pesquisadores a apreciar com maior correção e crítica seus objetos de estudo. Esta dissertação não foge a tal tendência do campo, contudo, propõe-se a recortar esse conteúdo histórico em função dos objetivos da mesma, não apenas pela adequação que tal proposição revela, mas, sobretudo, para não exaurir o leitor.

De fato, em todas as comarcas da história da civilização ocidental é possível achar uma página referente às enfermidades mentais, de modo que nem a Antiguidade, a Idade Média ou a Renascença podem ser excluídas desta afirmativa.<sup>31</sup> Contudo, dois pontos vêm, insistentemente, merecendo especial atenção da atual produção acadêmica sobre a loucura. Ante o olhar perscrutador dos historiadores e dos

---

<sup>31</sup> Zilboorg (1968) trabalha com riqueza as práticas e os saberes sobre a loucura na Antiguidade, na Idade Média e no Renascimento em seu livro *Historia de la Psicología Médica*.

estudiosos dessa temática, emergem, prioritariamente, esses dois momentos de inflexão: a “libertação dos loucos” por Philippe Pinel no fim do século XVIII e a Reforma Psiquiátrica da segunda metade do século XX. O foco de luz sobre estes pontos é explicado exatamente porque eles se remetem à constituição da psiquiatria, no primeiro caso, e, no segundo caso, à revisão do papel ocupado pela mesma.

As sendas que levam ao primeiro ponto costumam ser percorridas pelos pesquisadores da Saúde Mental através do auxílio das pesquisas de Michel Foucault.<sup>32</sup> Este, ao estudar a trajetória da relação loucura-sociedade desde Renascença até o fim do século XVIII, deslinda a evolução do emaranhado processo que possibilitou a emergência da psiquiatria moderna, simbolizada pela figura semi-mitológica de Philippe Pinel (FOUCAULT, 1978).

Não cabe aqui resgatar todo esse conteúdo, posto que tal empresa implicaria uma perda de foco na discussão. O enfoque recairá, assim, sobre as práticas assistenciais presentes no nascimento da psiquiatria, pois é a partir deste pano de fundo que será possível entender as novidades nos processos de trabalho decorrentes da Reforma Psiquiátrica.

Antes de entrar na descrição das práticas propriamente ditas, é importante um pequeno registro sobre o contexto social que envolve a emergência da assistência à loucura nos moldes propostos pela psiquiatria, principalmente nas conexões estabelecidas entre a loucura e o projeto de sociedade que emergiu no fim do século XVIII. Essas ponderações são importantes pois indicam representações sobre o papel da psiquiatria, assunto que estará em pauta posteriormente em toda a Reforma Psiquiátrica e que, sem dúvida alguma, repercute no processo de revisão das práticas assistenciais.

Com a Revolução Francesa, o advento da República e o surgimento do Estado Moderno toma forma uma sociedade enfim gerida e ordenada pelos homens, e não mais por deuses ou por seus representantes terrenos do regime absolutista, como mencionado no capítulo anterior. Esta nova

---

<sup>32</sup> Especialmente a partir de *A história da loucura na idade clássica*. De fato, este livro teve como uma de suas contribuições fundamentais a revolucionária idéia de que a doença mental e a psiquiatria são objetos datados historicamente na Modernidade, retirando de ambos, assim, sua aura de perenidade.

forma reverbera na formação do asilo<sup>33</sup>, qualificando-o como local onde a ordem coletiva pode restituir o louco à normalidade, orientação esta revestida pela capa de uma medida assistencial e caucionada por um mandato social.

Neste enquadre, a história da implantação do contrato social moderno escreveu para a loucura um capítulo especial. A atmosfera de liberdade, igualdade e cidadania reserva ao louco uma lacuna que será preenchida apenas na significação de um paradoxo: a proteção e a assistência asseguradas pelo Estado vêm acompanhadas do exercício da tutela e da destituição da liberdade e dos direitos sociais, ambos solidificados nas práticas asilares (DELGADO, 1998 ; BIRMAN, 1992 ; BEZERRA JÚNIOR, 1992). Esta cidadania especial, antes de figurar como um elemento estranho no meio dos ideais liberais do final do século XVIII, encontra sua inteligibilidade, pois *“na medida em que a estrutura contratual se generaliza, ela impõe a rejeição daqueles que não podem entrar no seu jogo. Sociedade liberal e instituição totalitária funcionam muito bem como um par dialético”* (CASTEL, 1978, p.75).

Legitimando-se cada vez mais no corpo social, este modelo de assistência obedeceria, em tese, a um duplo registro: a proteção da sociedade, calcada na idéia de periculosidade do louco, e a proteção do doente, assentada na asserção que os extremos da curva de normalidade necessitariam de assistência (PITTA, 1996). A relação loucura-sociedade evoluiu, desde então, baseada em uma assistência que servia em grande medida à exclusão social.

Vale menção, acerca do debate sobre o nascimento da psiquiatria moderna, a interpretação de Gladys Swain e Marcel Gauchet.<sup>34</sup> Suas pesquisas destacam que o imo dessa questão remetia à introdução dos ideais igualitários da Revolução Francesa, a partir dos quais a representação do louco na sociedade começa a ser balizada pela semelhança que este passa a ter com a sociedade em geral, sendo necessário, por parte desta última, investi-lo de cuidado, tratamento e atenção. Assim, a radical diferença entre loucos e sãos expressa na suposta ausência de razão dos primeiros estaria suavizada e transmuda-se em uma possibilidade de interlocução, posto que a visão do louco como semelhante

---

<sup>33</sup> Asilo é um termo introduzido por Esquirol, discípulo de Pinel, para diferenciar a instituição psiquiátrica do Hospital Geral (AMARANTE, 1996, p. 53). O termo manicômio será usado como sinônimo de asilo ao longo da dissertação.

<sup>34</sup> As duas principais obras desses autores, Swain (1977) e Gauchet ; Swain (1980), são comentadas no Brasil principalmente por Cavalcanti (1999), Bezerra Júnior (1992) e Serpa Júnior (1999).

impede que a loucura seja a antítese pura e absoluta da razão. Mesmo supondo certa incapacidade social do louco antes do tratamento, tal assunção reconheceria neste a possibilidade de comunicação e do retorno ao “bom caminho racional”, de modo que este permaneceria “sujeito de sua loucura” (BEZERRA JÚNIOR, 1992). Para Gauchet e Swain, menos do que cumprir tão-somente a função de exclusão social, a constituição da psiquiatria teria como *a priori* um ideário que aposta na possibilidade de curar e tratar o louco o que, em última instância, abriria portas para a existência da própria clínica.

De todo modo, foi a ação perpetrada por Pinel no crepúsculo do século XVIII, então como diretor do Hospital de Bicêtre, que reluz como o ícone indelével do nascimento da psiquiatria. Ao arrancar as correntes que aprisionavam os loucos, fato que justifica o sem-número de estátuas e instituições que carregam seu nome, o médico francês inaugura um novo *modus operandi* no tratamento de enfermidades psíquicas, o tratamento moral, “[...] *formulado como sendo um conjunto de medidas morais que atuassem de modo direto sobre o espírito do alienado, primariamente sobre sua produção mental*” (BIRMAN, 1978, p. 351). O objetivo precípua de tal tratamento era “[...] *dominar e dirigir as paixões dos alienados, assim como modificar a organização dos seus pensamentos e crenças na direção estabelecida pelo psiquiatra*” (*Ibid.*, p. 356).

Pelo menos três premissas norteadoras deste modelo<sup>35</sup> merecem ser colocadas em relevo em prol da melhor compreensão das práticas que caracterizavam a psiquiatria em seu nascedouro alienista. Inicialmente, e de acordo com o supradito, o tratamento moral atuava na produção mental do paciente, visando a restituição da norma e da razão no mundo interior deste último, que trazia consigo a marca da incapacidade. O tratamento moral firmava suas raízes igualmente na defesa do isolamento social e no uso do regime disciplinar, advogando-os como meio legítimos e embasados para a consecução do tratamento (DALGALARRONDO, 1999).

---

<sup>35</sup> Birman (1978) também afirma que, além de sua ênfase no psiquismo, o tratamento moral incluía métodos físicos (banhos, sangrias, etc...) e higiênicos (uso de vestimentas adequadas, ingestão alimentos saudáveis, etc...). Todavia, estes eram utilizados muito mais a serviço da reforma moral do que em causa própria. Vale ainda pôr em tela uma pequena nota sobre o uso do termo “moral” na filosofia do século XVIII. Resende (1992) aponta que este termo, além da acepção ligada ao exercício da ética (que se mantém até hoje), designava também as ciências do espírito de forma genérica, em oposição às ciências naturais.

No que tange à primeira premissa, o modelo endereçava-se, notoriamente, a emoldurar o mundo “irreal” do paciente dentro dos valores socialmente aceitos, regulando os pensamentos e os afetos dos loucos por meio de uma ação em sua interioridade (BIRMAN, 1978). De fato, fiando-se na pressuposição de que é no mundo interno do louco que repousa as chaves para desvelar da loucura, a psiquiatria moderna não se eximira de investir neste caminho. Logo,

[...] no novo mundo asilar, neste mundo da moral que castiga, a loucura tornou-se um fato que concerne essencialmente à alma humana, sua culpa e sua interioridade; e por isso, pela primeira vez no mundo ocidental, a loucura vai receber status, estrutura e significação psicológica. (FOUCAULT, 1975, p.83)<sup>36</sup>

O isolamento social, por seu turno, tem por escopo retirar o louco da cena social, sob a justificativa que o meio onde vivia poderia estar na origem de sua alienação mental. Ademais, a necessidade de isolar o sujeito exprimiria o intento de encarar a loucura em sua essência, afastando todas as influências que pudessem mascarar, desencadear, estimular ou confundir a expressão da loucura. Apoiada nesta alegação, era possível excluí-los do convívio social usando um critério técnico como respaldo. O local de excelência para o internamento era o asilo, que se configurava como um *locus* específico para a assistência aos loucos e, no mesmo impulso, como palco privilegiado para o exercício da psiquiatria.

Nesta linha, a medicina psiquiátrica apoiava-se na prática do internato/isolamento, no mesmo movimento que esta última se legitimava nos pressupostos da psiquiatria. Se a Psiquiatria moderna valia-se do isolamento propiciado pelo internato para criar um espaço de experimentação e formulação de conhecimento, o insulamento da loucura, por sua vez, encontrava seu aval no saber psiquiátrico.

No que toca ao regime disciplinar<sup>37</sup>, este conferiu ao manicômio um aparato poderoso no sentido de controlar, intervir e supostamente curar a loucura. Pautado na ordenação, separação, classificação e,

---

<sup>36</sup> É nesta discussão que Foucault vai postular a emergência, no campo do saberes, do *homo psychologicus*, uma forma de relação que o homem estabeleceu consigo mesmo desde o fim do século XVIII, na qual a verdade do homem pode ser encontrada em uma interioridade desencarnada, tornando este uma “espécie psicologizável”. O homem se molda a certa experiência subjetiva que se funda numa consciência de si enquanto universo interiorizado, único, insondável (BEZERRA JÚNIOR, 1989).

<sup>37</sup> O regime disciplinar não foi exclusividade dos manicômios, de forma que ele era encontrado em diversas instituições

sobretudo, na vigilância dos loucos, o mecanismo disciplinar atravessa o asilo e condiciona seu cotidiano. Por meio deste, a loucura, alçada a uma condição de visibilidade inédita em sua história, vira objeto de *exame*, instrumental que “*supõe um mecanismo que liga um certo tipo de formação de saber a uma certa forma de exercício de poder.*” (FOUCAULT, 1984, p.170)

Muito além de uma proposta negativa e repressora, a disciplina exprimia sua positividade na sua capacidade de produção de comportamentos e subjetividade. Destarte, a incipiente psiquiatria da época valia-se do regime disciplinar para a consecução da reforma moral do louco, fusionada a uma proposta de correção e ortopedia psíquica. Este processo tinha como eixo principal a colocação do louco *vis-à-vis* um processo de aplicação de saber-poder, que se traduzia na conjugação de uma suposta terapêutica com uma pedagogia acerca do *ser* normal (SILVA FILHO, 1992).

Com efeito, o arsenal de práticas existente na penumbra dos manicômios - isolamento, castigos, humilhações, pregações morais, punição com duchas de água gelada e privação alimentar - não poderia ser operacionalizado sem um saber que o justificasse nem um poder que o possibilitasse. Nesse ponto, é mister atentar para a introdução do personagem médico<sup>38</sup> na estrutura manicomial, como aquele que personifica o saber-poder e se responsabiliza por dominar a doença e realizar a cura. Beirando a taumaturgia<sup>39</sup>, os médicos têm suas práticas revestidas de um poder quase soberano, de modo que “*o médico é a lei viva do asilo e o asilo é um mundo construído à imagem da racionalidade que ele encarna*” (CASTEL, 1978, p. 88).

Tal quadro era favorecido em parte pela própria exclusividade que a psiquiatria tinha na assistência à loucura nos manicômios. Neste sentido, este poder médico, cujo espelho era a suposição de um saber correlato, revelará seus efeitos assimétricos na célula primeira do asilo: o par médico-paciente.

---

como hospitais, prisões e no exército. Conferir para maiores detalhes Foucault (1984).

<sup>38</sup> Entrementes, o ideário iluminista grassava na sociedade européia, constituindo um solo fértil para a ascensão do racionalismo científico e o poder da técnica, concomitantes à consolidação do capitalismo. É neste pano de fundo que a medicina experimentou o crescimento de seu poder *pari passu* à ascensão de seu prestígio, ocupando, inclusive, espaços antes delegados à superstição, magia ou religião (BIRMAN, 1992).

<sup>39</sup> Sobre esse aspecto, Castel (1978) vale-se do termo *missi dominici* (Em latim: “enviados do Senhor”) para qualificar a forma como os médicos eram vistos em suas práticas assistenciais no manicômio.

A submissão do segundo elemento deste par frente à potência do primeiro é uma das marcas que a psiquiatria carregou não só no fim do século XVIII, mas também pelos séculos XIX e XX.

Contudo, se esse modo de relação foi praticamente uma constante ao longo do século XIX, o verniz psicológico que revestira os saberes e práticas psiquiátricas começou a perder parte do vigor frente a uma visão mais organicista. As oitocentistas teorias de cunho biológico<sup>40</sup> ganharam gradualmente cartaz nas cátedras acadêmicas, mormente advogando teses que buscavam a sede da doença mental em lesões físicas. A escola pineliana, defensora de causas e tratamentos morais/psicológicos para a doença mental, passa a debater seus fundamentos com a visão organicista, o que pôs na ribalta a efetividade do tratamento moral.<sup>41</sup>

Este embate tinha como pano de fundo o indubitável crescimento da anatomopatologia e da clínica médica que, no final do século XVIII e no transcorrer do século XIX, desenvolvera influentes pesquisas na explicação das patologias através da localização de lesões somáticas. A saúde do homem, dessacralizada, passa a ser alvo do escrutínio de um olhar endereçado às profundidades do corpo e à intimidade de seu interior, servindo de base para o nascimento da clínica médica (FOUCAULT, 1980). A psiquiatria da escola pineliana, com suas bases fenomenológicas, ao contrário,

[...] situou-se na contracorrente do desenvolvimento contemporâneo do saber médico. Com efeito, nada há em comum entre essa espécie de fenomenologia descritiva e a observação clínica, à qual Michel Foucault atribui o nascimento, exatamente neste momento e no meio parisiense, observação que trespassa sinais, rompe arranjos de superfície e procura nos órgãos e tecidos, o princípio de uma inteligibilidade subjacente a da doença. (CASTEL, 1978, p.104)

Mesmo que as teorias organicistas não tenham sobrepujado o tratamento moral, parece legítimo afirmar que no decorrer do século XIX a psiquiatria promove considerável guinada em sua direção,

---

<sup>40</sup> Refere-se aqui principalmente à teoria heredobiológica de Morel, à descoberta de E. Bayle sobre as lesões orgânicas ligadas à paralisia geral e ao processo demencial e às teorias organicistas sobre a histeria.

<sup>41</sup> Curiosamente, os primeiros decênios de prática asilar e do tratamento moral no século XIX parecem ter sido enredados em um otimismo inelutável pela academia da época. Contudo, ao longo do século XIX esse entusiasmo acerca do tratamento moral arrefeceu devido à superlotação dos asilos - que impediam o tratamento individualizado e subjetivo requerido - e ao advento de novas teorias de cunho biológico no campo da loucura e da psiquiatria que, no contexto positivista da época, rapidamente ganharam prestígio (DESVIAT, 1999; RESENDE, 1992; BIRMAN, 1978).

movimento cujos reflexos ainda hoje se fazem presentes. Inserida na busca da verdade “genuinamente” científica, a psiquiatria costurou-se ainda mais no tecido de Modernidade que a envolvia. O afã psiquiátrico de conhecer, *de facto*, a realidade da doença mental estava conjugado com a visão de um sujeito cognoscente que guardava estratégica e possível distância do objeto de conhecimento. A psiquiatria pautada nos ideais de objetividade e neutralidade da ciência moderna tornou-se refratária à interface com outras áreas do conhecimento que não apresentavam os mesmos pressupostos (AMARANTE, 1996).

A observação, a descrição e a classificação perpetrada nos manicômios, mecanismos clássicos operados pela ciência na apreensão da realidade, trouxeram no seu bojo a criação de uma nosografia e de uma nosologia<sup>42,43</sup>, como expressão de um *corpus* teórico-prático próprio da psiquiatria, que procurava, deste modo, um balizamento científico mínimo para loucura e suas facetas (quase) ininteligíveis. Instaura-se um processo mais acurado de classificação das enfermidades mentais que, alinhado às práticas terapêuticas e aos pressupostos teóricos, gera uma tessitura que se legitima paulatinamente como ciência: “*Funda-se uma ciência a partir do momento em que a população dos insanos é classificada; esses reclusos são efetivamente, doentes, pois desfilam sintomas que só resta observar.*” (CASTEL, 1978, p. 83)

Contudo, a positividade da psiquiatria acabava sendo questionada pelas dificuldades no campo da etiologia e no estabelecimento de uma nosologia consensual. Os avanços em outras áreas da medicina, principalmente no que concerne ao empirismo de suas descobertas e à localização das lesões orgânicas das enfermidades, não foram acompanhadas pela psiquiatria, acarretando dissonância frente aos demais braços da medicina moderna. Por conseguinte, mesmo aproximando-se de teorias organicistas, a psiquiatria moderna não conseguiu desvencilhar-se da marca do tratamento moral, que se manteve por todo o século XIX e início do século XX como referência preeminente no tratamento da doença mental.

---

<sup>42</sup> “A classificação de pessoas doentes segundo grupos - qualquer que seja o critério de classificação - bem como os acordos ou definições quanto aos critérios ou limites dos grupos é chamado nosologia. A atribuição de um nome a cada entidade mórbida é chamado nosografia.” (LAURENTI, 1991, p. 407)

<sup>43</sup> Destaque neste ponto a Kraepelin, autor que no fim do século XIX engendrou uma verdadeira nosologia psiquiátrica, sistemática e complexa, incluindo etiologia, condições de aparecimento da doença, sintomatologia, curso da moléstia e prognóstico.

Posteriormente, no decorrer da primeira metade do século XX , ocorreu a disseminação das Colônias agrícolas, modelo que será trabalhado adiante, mas que não rompeu totalmente com as premissas manicomiais.

De toda forma, os sustentáculos da psiquiatria pineliana e do *ethos* alienista serão os alvos prioritários da Reforma Psiquiátrica da segunda metade do século XX. Internamento, disciplina, exclusividade do saber-poder médico, isolamento, diagnóstico e normatização passam a ser veredas por onde passarão as críticas ao modelo da psiquiatria moderna. De fato, o triângulo que sustentara as práticas psiquiátricas (um saber, um poder e um lugar de exercício) até então inabaláveis, tem seus vértices desestabilizados no século XX.

### 3.2 - Reforma Psiquiátrica: a experiência internacional

Seguindo o curso da História, é possível notar que, independente de quais sejam as práticas e os saberes de uma determinada formação social, estes inexoravelmente passam por momentos de revisão e reformulação. A assistência à loucura não é exceção, porquanto tem sua trajetória marcada por mudanças e reformas de tipos variados. Por essa razão, o uso da expressão Reforma Psiquiátrica deve ser acompanhado de uma advertência lexical prévia, dado que nomeia movimentos de origens diversas, ficando em aberto, entretanto, a extensão e a natureza dessas reformulações. Nestes termos, como explicitado na introdução, a expressão pode traduzir uma série de mudanças limitadas e superficiais na assistência, aproximando-se do sentido de reformismo e *aggiornamento*. Como pode também exprimir a idéia de inflexão ou de revolução no cuidado, provocando um rearranjo profundo de suas estruturas, de sua base epistemológica e do lugar social das práticas (BARRETO, 2005), tarefa que ainda não conseguiu se completar plenamente (BIRMAN, 1992).

Qualificada mais apropriadamente no primeiro sentido, uma instigante ebulição de proposições contrapostas ao modelo de internação manicomial - vigente desde final do século XVIII - ganhou força nas cercanias da Segunda Guerra Mundial. Um motivo vislumbrado como explicação para esse

processo estaria ligado a uma reflexão acerca da representação da loucura no meio social, ocasionada em larga escala pela flexibilização dos regimes de internação no contexto da guerra. Neste sentido, a Segunda Guerra Mundial “[...] tornou necessária, durante seu curso, a arregimentação de muitas pessoas, antes incapazes, para tomarem os lugares dos que estavam na frente da batalha. Esta reabsorção veio colocar em xeque, terminado o conflito, a classificação de loucos e não loucos.” (CARVALHO, 2001, p.17)

Abordando o mesmo tema, Birman e Costa (1994) sublinham que a revisão das premissas e dos métodos que caracterizavam os hospícios foi necessária tanto no período de guerra e quanto no imediato pós-guerra. No primeiro caso, para recuperar soldados com transtornos psiquiátricos para a guerra e, no segundo, para prepará-los para o trabalho de reconstrução da Europa.

Outra tese advoga que a própria experiência trágica da guerra propiciou a condenação de algumas práticas do internato. A indefectível comparação entre os campos de concentração nazistas e os manicômios tornou insuportável a conservação destes últimos nos mesmos parâmetros que outrora, acarretando urgentes reformas nas instituições psiquiátricas (MELMAN, 2001). Validada esta tese, essa mudança segue, *mutatis mutandis*, o mesmo tom das transformações no âmbito sócio-político da Europa, que assistiu a um período de sensibilidade social e preocupação com a melhoria da qualidade de vida, expresso ulteriormente pela política do *welfare state*. Perpassando a assistência social e a Saúde Pública da Europa ocidental, esse contexto acaba contemplando a Saúde Mental e contribuindo para revisão do modelo manicomial.<sup>44</sup>

Além dos processos aludidos acima, a introdução de medicamentos psicotrópicos e a entrada da psicanálise nas instituições de Saúde Mental surgem como outros fatores que contribuíram para as experiências de Reforma Psiquiátrica, na medida em que traziam em seu rastro novas possibilidades terapêuticas (DESVIAT, 1999 ; BEZERRA JÚNIOR, 1994 ; CARVALHO, 2001).

Levando-se em conta todas essas hipóteses ou apenas algumas delas, o fato é que desde o fim da Segunda Guerra pululam iniciativas para reformar a psiquiatria. Assinalar, de chofre, que a Reforma

---

<sup>44</sup> Vide Desviat (1999) e Birman ; Costa (1994).

Psiquiátrica não é um processo único, tampouco linear, é um cuidado que deve servir necessariamente para introduzir o tema. Ainda que seja possível apontar similitudes entre as múltiplas experiências que atravessaram a Reforma, as iniciativas que se aglutinaram sob seu guarda-chuva são marcadas por idiossincrasias que refletem as condições sócio-políticas e sanitárias de cada país, criando um largo espectro de movimentos. Dispostas à mesa essas primeiras observações, cabe apresentar as principais iniciativas de reforma psiquiátrica na esfera internacional antes de entrar nas particularidades do caso brasileiro.

Em primeiro lugar, surgem reformulações que não exorbitam o próprio âmbito do modelo asilar. Faz-se menção aqui às Comunidades Terapêuticas da Inglaterra e à Psicoterapia Institucional francesa (ambas operando a partir do final da década de 1940 e início da década de 1950). O denominador comum entre as duas reside no questionamento da dinâmica manicomial, mas sempre partindo de uma proposta revisionista, que não incluía a extinção, *in totum*, do mecanismo de internação nem do espaço manicomial.

A Psicoterapia Institucional francesa partia do pressuposto que as próprias instituições têm características doentias que devem ser tratadas, de modo que não apenas os pacientes careciam de tratamento, mas também os técnicos, a própria relação terapêutica e toda a instituição (AMARANTE, 1995). O intento era criar uma referência coletiva que, baseada na atuação dos funcionários e dos pacientes, traduzia uma crítica à costumeira verticalidade que colore a relação entre esses últimos. A fonte teórica que permeia toda a proposta é a psicanálise, a partir da qual o hospital psiquiátrico é representado como uma rede de significantes e um campo eminentemente transferencial e contratransferencial, visão que autoriza uma “escuta analítica coletiva” (DESVIAT, 1999).

Já o modelo inglês das Comunidades Terapêuticas tentava providenciar maior implicação dos pacientes em suas terapias, através da promoção de grupos de discussão, de grupos operativos ou de assembléias. Isto é, transformar o hospital em um corpo comunal que se auto-organizava e que incluía os pacientes e os funcionários, almejando a horizontalidade e a democratização nas relações interpessoais, a liberdade de comunicação e o maior engajamento dos pacientes nos seus respectivos

tratamentos.<sup>45</sup> Entretanto, as próprias benesses que poderiam surgir deste modelo poderiam funcionar como reforço ao internato, visto que as Comunidades Terapêuticas não tinham a proposta clara de saída do manicômio.

A existência dessas duas experiências iniciais não impediu que a França e a Inglaterra produzissem novas propostas de Reforma Psiquiátrica. Na França, por exemplo, após a disseminação da Psicoterapia Institucional, organiza-se a experiência da Psiquiatria de Setor, um avanço em termos de formulação de políticas públicas. Esta, além da regionalização da assistência e dos processos de melhoria na organização sanitária, coloca na berlinda a exclusividade do modelo de internamento manicomial, transformando o meio social ao redor do hospital em um agente terapêutico (MELMAN, 2001). Neste caso, a lógica do tratamento restringe a internação a um momento, destinando a comunidade um papel relevante na assistência. A importância do meio social no tratamento das enfermidades mentais é contemplada em sua magnitude pela primeira vez. Entretanto, não se preconiza, a todo custo, o fim do manicômio; este permanece como centro da rede assistencial, funcionando como articulador desta última.

No caso da Inglaterra, depois das Comunidades Terapêuticas, é o movimento da Antipsiquiatria que merece destaque. Salem (1991) situa as teorias e a atuação deste movimento dentro da generalizada recusa dos princípios normativos em tela nas décadas de 1960 e 1970, em uma conjuntura de vastas modificações políticas que incluíam o questionamento das instituições sociais. Neste caso, a psiquiatria, na sua condição de instituição social, tornou-se alvo.

A Antipsiquiatria aprofundou significativamente os ataques às práticas psiquiátricas vigentes, em linha com o grande movimento de contracultura que tomou o mundo de assalto. Liderados por Laing e Cooper, o movimento via na loucura uma experiência que não era suscetível de intervenção científica, posicionamento que desqualificava, em sua completude, a assistência até então perpetrada pelo saber psiquiátrico (MELMAN, 2001).

---

<sup>45</sup> Maxwell Jones foi um precursor no desenvolvimento das Comunidades Terapêuticas. O sucesso e a repercussão dessa experiência levaram a Organização Mundial de Saúde a sugerir em 1953 que todos os hospitais psiquiátricos do mundo adotassem esse modelo (DESVIAT, 1999).

Em particular, a Antipsiquiatria esmerou-se na crítica à dinâmica funcional da família nuclear burguesa - vista como fator importante para o desencadeamento de quadros esquizofrênicos -, e na oposição à violência oriunda do poder-saber médico, ilustrado na grande assimetria presente na relação paciente-psiquiatra. O movimento, ainda que não tenha pautado políticas públicas de Saúde Mental e que tenha sido criticado por certa idealização do louco, debatia a significação da loucura no plano político, familiar e social, de modo a alçá-la a condição de delatora das iniquidades inerentes à sociedade capitalista e ao modelo de família nuclear burguesa, na mesma proporção em que as recusava.<sup>46, 47</sup>

Cruzando o Atlântico, a Reforma Psiquiátrica chega aos Estados Unidos delimitada tanto pelo privilégio dado ao atendimento em centros comunitários quanto pelo acento colocado na prevenção. No que toca ao primeiro ponto, o tratamento na comunidade ganha espaço frente às formas tradicionais de internação nos manicômios, ampliando a interface entre loucura e sociedade. Por outro lado, o foco dado à prevenção na Psiquiatria norte-americana dava azo a uma profilaxia das enfermidades mentais, que se traduziu no contexto norte-americano em ações tais como o levantamento de necessidades das populações, a realização de consultas externas, a promoção de ações educativas na comunidade e uma política para intervenções em situações de crise.<sup>48</sup>

Neste caso, se a ênfase dada à comunidade e aos fatores sociais poderiam ser considerados avanços, por sua vez, são correntes também os questionamentos acerca da postura da psiquiatria como uma prática tão-somente de emergência e da entronização do aspecto preventivo. Esta prevenção exacerbada, confinada na idéia de fatores de risco<sup>49</sup>, carreava buscas, no seio da sociedade, por

---

<sup>46</sup> Para conhecer mais as posições da Antipsiquiatria sobre a relação entre família e esquizofrenia, Cf. Melman (2001).

<sup>47</sup> Nas palavras de Cooper *“A Anti-psiquiatria é política e subversiva, pela sua própria natureza, em relação à ordem social burguesa repressiva.”* (COOPER, 1974, p. 72-73)

<sup>48</sup> A crise era entendida como *“um breve período de desequilíbrio, numa pessoa confrontada com situações que constituem um problema do qual ela não pode fugir e o qual não pode resolver com seu equipamento defensivo habitual.”* (CAPLAN apud DESVIAT, 1999)

<sup>49</sup> Agentes infecciosos e ambientais, hábitos de vida e acontecimentos sociais, culturais e psicológicos que tornam a população mais vulnerável ao processo de adoecimento (DESVIAT, 1999).

suspeitos que poderiam portar potencialmente uma doença mental, dando margem à psiquiatrização do social.<sup>50</sup>

Após essas incursões reformistas no campo da assistência e na organização dos serviços, o movimento de Reforma Psiquiátrica encontra um ponto de cesura precisamente na experiência italiana, germinada na década de 1960 e consolidada na década de 1970. Em um esforço de contextualizar o surgimento do movimento italiano e de pensá-lo a partir da conjuntura social em pauta na ocasião, Desviat registra que “[...] *a revolta contra as instituições, que atingiu seu ponto máximo no questionamento sem precedentes da ordem social contemporânea do maio francês de 1968, influíram decisivamente na ruptura do paradigma psiquiátrico construído ao longo do século XIX*” (DESVIAT, 1999, p.23). O questionamento das instituições, presente na configuração societária contemporânea e na própria Antipsiquiatria, aparece como uma força motriz para a Reforma da Psiquiátrica.

Rotelli, seguindo esta mesma toada, comenta que dentre outras influências do movimento italiano, como a fenomenologia e filosofia de Sartre, “*certamente, foram fundamentais os movimentos de estudantes em 68 e em 69 a luta dos operários na Itália*” (ROTELLI, 1994, p.152). Esta influência parece decisiva no desenvolvimento de uma Reforma Psiquiátrica que problematize não apenas algumas práticas existentes no aparato psiquiátrico e manicomial, mas, sobretudo, a quintessência da psiquiatria como prática social. Envolvida nesta atmosfera, surgiu a Reforma Psiquiátrica Italiana que, liderada por Franco Basaglia, logrou êxito na produção de uma inflexão no processo de assistência psiquiátrica.

A contextura epistemológica da *démarche* basagliana<sup>51</sup> também se configura como um elemento relevante para sua compreensão. A Reforma Italiana coaduna-se especialmente com a contestação promovida pela nova filosofia da ciência e com a emergência das propostas de complexidade na produção de conhecimento, vistas no capítulo precedente. A psiquiatria, malgrado as dúvidas seculares diante de sua cientificidade (no sentido estrito do termo), nunca abandonou o projeto da ciência

---

<sup>50</sup> Cf. Birman (1992) e Costa ; Birman (1994).

<sup>51</sup> Para maiores detalhes sobre a experiência italiana conferir Nicácio (1994), Amarante (1996), Barros (1994) e Rotelli (1994).

moderna. Daí o baque que a mesma recebe na radicalização epistemológica da Reforma Psiquiátrica

Italiana, pois

[...] a desinstitucionalização na psiquiatria, na tradição basagliana, inscreve-se neste período de transição, onde se inicia uma fase de afastamento do paradigma clássico [de ciência], com sua desmontagem, e a conseqüente abertura de um novo contexto prático-discursivo sobre a loucura e o sofrimento humano. Isso significa que, ao abrir um processo de re-complexificação da loucura, contribui com algumas estratégias cognitivas e práticas para o campo da teoria das ciências e do conhecimento. (AMARANTE, 1995, p. 31)

Imersa nesta re-complexificação, setores da psiquiatria conseguiram reavaliar velhos pressupostos do paradigma moderno da ciência, como o mito da neutralidade e a objetividade, além de pôr na berlinda os mecanismo de produção da verdade científica. A produção acadêmica que embasara a noção de doença mental enquanto categoria médico-científica pôde ser revista e problematizada, assim como as práticas nos serviços psiquiátricos. Destarte, a primazia da psiquiatria manicomial enquanto relato absoluto e globalizante da loucura é reduzida em função da lenta, e ainda em curso, reverberação das novas propostas epistemológicas.

Faz-se mister ressaltar que as rupturas operadas pela Reforma Psiquiátrica italiana alçaram a outro nível o debate acerca do saber-poder dos profissionais e das assimetrias do encontro técnico-usuário nos serviços assistenciais. Este desvelaria nas engrenagens de seu funcionamento o signo de uma profunda assimetria de poder, sobretudo em terapêuticas que eram vistas como “[...] *uma relação de opressão e de violência entre o poder e o não-poder, que se transforma em exclusão do segundo pelo primeiro*” (BASAGLIA, 1985, p.101). Aqueles que portam esse poder dentro do contexto manicomial (o psiquiatra, o psicoterapeuta, o assistente social, etc.) são qualificados como os novos administradores da violência e “*sua tarefa, que é definida como terapêutica-orientada, é adaptar os indivíduos à aceitação de sua condição de ‘objetos de violência’.*” (Ibid., p.102)

Dentro desta perspectiva, as experiências de reformas precedentes eram vistas como modelos que apenas maquiavam as práticas de violência sob a tutela de novos postulados técnicos, sendo necessário, portanto, negá-los plenamente. Em tela, surge a premência da destruição do aparato institucionalizante e o movimento de reflexão sobre a relação loucura-sociedade. Esta última desembocaria,

irrevogavelmente, na acepção de que o manicômio e o conceito de loucura são depósitos obscuros nos quais a sociedade expelle seus refugos, com o fito de não se reconhecer em suas próprias contradições.<sup>52</sup> Neste contexto, há um deslizamento no eixo da questão, de forma que a discussão sobre a problemática da loucura (sua definição e seu tratamento) deve transcender a psiquiatria e se reportar à sociedade, pois nela se encontram os mecanismos originários de marginalização.

Seguindo essa vereda, a tradição basagliana contesta a loucura como um objeto de saber suscetível a uma intervenção terapêutica centrada no poder médico-psicológico vigente. A institucionalização da doença, o modelo repressivo-custodial e a dinâmica perversa do par funcional médico-doente são os alvos prioritários deste movimento. Isto é, trata-se de um enfrentamento técnico e político das bases ideológicas da psiquiatria, no qual o ocaso da existência dos manicômios liga-se à intenção de desmontar estruturas mentais que balizavam o mesmo (MELMAN, 2001).

Basaglia, pela fecundidade e agudez de seu pensamento, tornou-se uma influência indelével para toda uma geração de profissionais em Saúde Mental no Brasil. Com efeito, a experiência concretizada na cidade de Trieste e respaldada posteriormente pela lei 180<sup>53</sup>, que incluía a desativação dos asilos, a construção de serviços comunitários territorializados e o foco na reinserção social dos usuários, fez da Reforma Italiana uma grande referência para o movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil.

O desfile de Reformas Psiquiátricas ao longo do século XX certamente não conseguiu equacionar por completo os problemas da assistência psiquiátrica. Contudo, este percurso fértil<sup>54</sup> propiciou um acúmulo teórico-prático considerável e, notadamente a partir da experiência italiana, promoveu mudanças no discurso e nas práticas que tangenciam a loucura. Como ilustração, basta lembrar que nas últimas décadas e em diversos pontos do mundo, as políticas de Saúde Mental passaram a priorizar serviços extra-hospitalares e a conseguir a redução da permanência dos usuários nos hospitais psiquiátricos.

---

<sup>52</sup>“*Não seriam eles (os loucos), definitivamente, o refugio, os elementos de desordem desta nossa sociedade que se recusa a reconhecer-se em suas próprias contradições?*” (BASAGLIA, 1985, p.108)

<sup>53</sup> Promulgada em 1978, a lei 180 constitui-se em uma legislação psiquiátrica de vanguarda, porquanto proíbe a construção de novos hospitais psiquiátricos, cria serviços comunitários de assistência e abole o estatuto de periculosidade do louco.

<sup>54</sup> Esta não abarca apenas os movimentos de Reforma Psiquiátrica já citados, mas igualmente autores que não estavam diretamente filiados a eles. Dentre outros, é possível destacar T. Szasz, E. Goffman, R. Castel e M. Foucault como teóricos extremamente influentes no campo da Saúde Mental e na Reforma Psiquiátrica.

Trata-se, neste caso, de um deslocamento no lugar de excelência para o tratamento. Conforme assinalado antes, desde Pinel, o hospital figura como *locus* privilegiado para o tratamento das enfermidades psíquicas, assim como é também o lugar apropriado para a execução inquestionável do saber/poder médico. O isolamento, a internação e a exclusividade do olhar medicalizante, assim como as práticas de disciplinarização e de tratamento moral, foram pré-condições para a revelação da “verdade” da patologia mental no movimento alienista do século XIX.

Ponto-a-ponto, tal paradigma foi posto em xeque. Acompanhando o processo de derrocada do hospital psiquiátrico, a medicina começa a ser questionada em seu papel solitário no tratamento da loucura. A crítica ao modelo de internação asilar não rompe apenas com a defesa do manicômio como local ideal para o tratamento, mas também com o clássico modelo médico de tratamento, adjudicando tanto ao meio social quanto à família o papel de agente terapêutico. Esse movimento contribui também para o fim da exclusividade do saber psiquiátrico na assistência à loucura (como evidenciado, por exemplo, no questionamento do diagnóstico)<sup>55</sup>, visto que para contemplá-la em toda sua complexidade, novos profissionais e novos saberes são convocados para compor a equipe assistencial. A valorização dos fatores psicossociais, não apenas na etiologia, mas também no tratamento, promove a explosão da multidisciplinaridade nas intervenções em Saúde Mental.

A entrada de novos saberes/profissões nos serviços de Saúde Mental, os estudos realizados por vários setores das ciências humanas sobre a loucura e as críticas basaglianas acerca do papel dos profissionais na assistência possibilitaram uma reflexão instigante das práticas psiquiátricas. Estas foram largamente denunciadas como instrumentos de normatização, disciplinarização ou dominação, passando a representar um exercício de poder arcaico, rígido, moralizante e manipulador.

Interiorizando tais reflexões, muitos profissionais de Saúde pautam hodiernamente seu trabalho pelo questionamento constante de suas ações, imbuídos no esforço de não reproduzir práticas que possam, em algum nível, ser qualificadas como manicomiais, cronificantes ou normatizadoras. Daí o

---

<sup>55</sup> Discussões sobre o diagnóstico psiquiátrico podem ser encontradas em Saraceno (1999) e Goldstein (2001).

reposicionamento dos mesmos na direção de se tornarem agentes de transformação, ou seja, atores estratégicos na luta política, técnica e social para a mudança do quadro assistencial.

De todo modo, os ganhos efetivados pelas referidas experiências de Reforma Psiquiátrica, mesmo com algum atraso, repercutiram na América do Sul. No Brasil, o campo da Saúde Mental começou a se apropriar do ideário dos movimentos internacionais da Reforma Psiquiátrica e, a partir do final da década de 1970, a contestação difusa ganha corpo e organização dando início a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

### 3.3 - Reforma Psiquiátrica Brasileira

Esta seção tenciona refletir sobre a dinâmica da Reforma Psiquiátrica Brasileira, desde seus marcos iniciais no final da década de 1970 até sua caracterização na atualidade. Por fugir do âmbito deste estudo, não será abordada a trajetória da assistência à loucura no Brasil antes do século XX.<sup>56</sup> Pelo mesmo motivo, as décadas do século XX que precedem a Reforma Psiquiátrica Brasileira serão vistas de forma panorâmica.

Sob a batuta de Juliano Moreira<sup>57</sup>, designado diretor do Hospital Nacional dos Alienados<sup>58</sup> durante governo do presidente Rodrigues Alves, a psiquiatria brasileira do início do século XX é caracterizada por uma reestruturação da assistência. Na ocasião, a psiquiatria brasileira assistiu à promulgação da primeira lei federal de assistência aos alienados, em 1903, e ao crescimento das Colônias de Alienados, nas quais a praxiterapia de cunho agrícola constituiu-se como pilar fundamental.<sup>59</sup> Seguindo seu trajeto histórico, a psiquiatria nas décadas de 1920 e 1930 amplia a escala de sua intervenção social através da Liga Brasileira e Higiene Mental (LBHM) que, por meio de um discurso em favor da higiene mental e

---

<sup>56</sup> Antes do século XX, o percurso da assistência à loucura no Brasil tem como um dos seus grandes ícones a inauguração, em 1852, do Hospício Dom Pedro II. A criação do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, situado na aprazível Praia Vermelha, representou tanto uma resposta do poder público para a circulação de loucos nas cidades quanto uma solução para os maus tratos sofridos pelos mesmos nas Casas de Misericórdia, responsáveis até então por abrigá-los (TEIXEIRA, 2000).

<sup>57</sup> Sobre Juliano Moreira e seu papel na assistência psiquiátrica brasileira do começo do século XX, conferir Portocarrero (1990) e Portocarrero (2002).

<sup>58</sup> Novo nome dado ao Hospício Pedro II após a instauração da República.

<sup>59</sup> Conferir capítulo seis para mais detalhes.

embasado no biologismo eugênico, teve ingerência saliente na sociedade brasileira, em especial no campo da educação e nas estruturas familiares da época (CARVALHO, 1999; COSTA, 1980).

O período que se estende do Estado Novo e até década de 1950 aduz um crescimento no número de pacientes psiquiátricos de par com a progressiva implantação de novos hospitais públicos e privados (DELGADO, 1992). Nos ventos do golpe militar de 1964, ocorre uma explosão ainda maior da cobertura psiquiátrica, dessa vez marcada pelo sucateamento da assistência na rede pública, pela cristalização do modelo manicômio-dependente e pela contratação de leitos privados (RESENDE, 1992; DELGADO, 1998). Diante disso, os interesses da iniciativa privada, encantada com a rentabilidade da hotelaria psiquiátrica, foram contemplados por políticas de Saúde que adotaram como prática corrente a contratação de leitos em clínicas terceirizadas.<sup>60</sup>

Tal cenário começou a mudar com a reverberação no Brasil das iniciativas da Reforma Psiquiátrica internacional na década de 1970. Um dos marcos iniciais da Reforma Brasileira (até então muito incipiente, contando com esparsas experiências fora do modelo asilar) ocorre a partir da “crise do Dinsam” (Divisão Nacional de Saúde Mental, órgão governamental responsável pela condução das políticas da área) e da posterior criação do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), desdobramento da tensão política gerada na ocasião.<sup>61</sup>

A crise deflagra-se em 1978 com uma greve nas quatro unidades do DINSAM no Rio de Janeiro e tinha como mote a denúncia acerca das irregularidades nas condições de trabalho e de assistência, vividas tanto por pacientes quanto por profissionais da área de Saúde Mental. As reivindicações trabalhistas, o combate à excessiva privatização da assistência e as críticas ao modelo hospitalocêntrico plasam-se em uma teia bem heterogênea, a partir da qual surge um espaço de discussão sobre o caráter do tratamento psiquiátrico no Brasil. A crise desemboca na demissão sumária de estagiários e profissionais grevistas e acaba repercutindo na mídia e na opinião pública (AMARANTE, 1995).

---

<sup>60</sup> As transformações no sistema de Saúde e previdenciário a partir do golpe militar não foram exclusividade do campo psiquiátrico. As políticas de Saúde da época, marcadas pela opção da medicina previdenciária de características curativa, individual e hospitalocêntrica, direcionavam maciçamente os recursos públicos para o setor privado, ação “justificada” oficialmente pela expansão da cobertura assistencial (OLIVEIRA ; TEIXEIRA, 1986).

<sup>61</sup> Outros atores coletivos importantes no nascedouro da Reforma Psiquiátrica brasileira são Movimento de Renovação Médica (REME) e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), entidades solidárias com a luta por melhorias no campo da Saúde Mental.

Ainda no ano de 1978, o V Congresso de Psiquiatria em Camboriú, Santa Catarina, além de nacionalizar este debate e fincá-lo em um fórum acadêmico conservador, abalizou um matiz essencialmente político no que tange aos processos de revisão da *praxis* psiquiátrica, posto que transcendeu discussões meramente técnicas. Outros pontos comumente destacados na literatura como marcos para a Reforma Psiquiátrica Brasileira são o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (1978), o I Congresso Brasileiro de Trabalhadores em Saúde Mental em São Paulo (1979) e o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, que contou com a presença de Franco Basaglia (1979).<sup>62</sup> Concomitante às discussões nos congressos, espriam-se as idéias de Foucault, Castel, Basaglia, Szaz entre os profissionais de Saúde Mental e ocorre o *boom* da psicanálise no Brasil, configurando um contexto intelectual contestador e reflexivo que toma as cátedras acadêmicas (BEZERRA JÚNIOR, 1994).

Lentamente, as propostas da Reforma Brasileira, incluindo em linhas gerais o questionamento do modelo hospitalocêntrico e manicomial, passaram a ecoar nas instâncias governamentais. Ainda no começo da década de 1980, o Ministério da Saúde redige o documento *Diretrizes para a área de Saúde Mental*, no qual defende a ênfase no tratamento extra-hospitalar, a limitação do período de internação, a reintegração familiar e a promoção de pesquisas epidemiológicas no campo da Saúde Mental.<sup>63</sup>

Ainda no âmbito governamental, convém notar que a insidiosa ocupação do maquinário estatal por quadros progressistas agenciou um salto qualitativo no processo, encurtando os caminhos rumo à concretização da Reforma Psiquiátrica no Brasil.<sup>64</sup> A esse respeito, Amarante coloca que

[...] a partir de 1985, pode-se fazer uma constatação importante: uma parte significativa dos postos de chefia de programas estaduais e municipais de Saúde Mental, assim como a direção de importantes unidades hospitalares públicas – inclusive algumas universitárias – estão sob a condução de fundadores e ativistas do MTSM. (AMARANTE, 1995, p.69)

---

<sup>62</sup> Esta dissertação não inclui, em função de sua proposta mais restrita, uma descrição pormenorizada da série de eventos que pontuaram a trajetória da Reforma Brasileira. A bibliografia sobre o tema não é uníssona e destaca de forma diferenciada os marcos do movimento. Para conferir tais conteúdos, reportar-se à Delgado (1992), Amarante (1995) e Bezerra Júnior (1994).

<sup>63</sup> Para mais detalhes, conferir Brasil (1980).

<sup>64</sup> Essa estratégia foi motivo de muito debate no interior do movimento, pois recaía no dilema: ocupar a máquina pública ou ser cooptado pela mesma? Para aprofundar essa discussão, conferir Bezerra Júnior (1994).

Outra iniciativa preeminente foi a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987. Esta gerou relatórios que preconizavam a priorização de investimentos em serviços extra-hospitalares e multiprofissionais, bem como a participação da população na elaboração e implantação de políticas de Saúde Mental, teses de vanguarda que não surtiram efeito imediato.<sup>65</sup>

Entretanto, essa aglutinação ao redor de bandeiras antimanicomiais não escondia a heterogeneidade do movimento. Por isso, é necessário atentar para a constatação de que a Reforma Psiquiátrica Brasileira,

[...] apesar de sua aparente coesão, e relativa eficiência em reunir e operacionalizar pautas comuns, [a Reforma Psiquiátrica] tem composição heterogênea e contradições significativas. Inclui tanto o formato em que veio se constituindo o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental [...], como integrantes do movimento sanitário [...], sindicalistas, membros de associações profissionais, associações de familiares e ex-psiquiatrizados. (DELGADO, 1992, p.51)

Para além de dissensões internas, a miríade de atores que compunham a Reforma Psiquiátrica Brasileira estava imersa em um cenário maior, que incluía também em seu elenco aqueles que se contrapunham às transformações. A referência endereça-se, por exemplo, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), órgão que advogava uma visão mais tradicional da psiquiatria, e a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), entidade que engloba essencialmente prestadores de serviço privados na área da Saúde. O jogo de forças e estratégias fez-se presente na disputa pela hegemonia no campo da Saúde Mental e os movimentos de resistências e contra-resistências denunciam que a mudança assistencial não ocorreu de forma linear tampouco automática.

Um dos pontos intrincados do processo de Reforma Psiquiátrica foi sua relação com a Reforma Sanitária. A primeira inicia sua trajetória na mesma linha das reformulações propostas pelo Movimento Sanitário, isto é, havia uma agenda conceitualmente próxima entre os dois. Orientadas pela

---

<sup>65</sup> Essas teses foram retomadas no II Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental em Bauru, ainda em 1987, só que alargando as fronteiras da discussão, isto é, colocando-a fora das instituições formais do campo da Saúde Mental e endereçando-se à sociedade de forma mais radical. Cf. Bezerra Júnior (1994).

responsabilização do Estado e pela reformulação das políticas públicas frente à realidade assistencial da década de 1970, os movimentos apresentavam pautas em comum, o que gerou pontes de interlocução entre os dois.

A Reforma Sanitária configurou-se como um movimento social de peso principalmente a partir da década de 1980, e apesar de também comportar em seu interior certa heterogeneidade, revelou à sociedade uma “[...] *matriz discursiva que lhe confere identidade e que poderia ser expressa pela defesa da saúde como direito do cidadão e dever do Estado e a democratização da gestão do Sistema de Saúde*” (CECÍLIO, 1994, p. 25). Imersa no contexto de abertura democrática do próprio país, a Reforma Sanitária pleiteava a redefinição dos rumos das políticas de Saúde no Brasil, incluindo a universalização da assistência, maior participação social no processo decisório, hierarquização do sistema com descentralização político-administrativa, responsabilização do Estado na condução das políticas e serviços de Saúde, além da defesa de uma concepção de saúde mais ampliada. Legado deste movimento, o Sistema Único de Saúde (SUS) traduz em seus princípios norteadores o conteúdo dessas teses, ainda que a implementação das mesmas no cotidiano da população ainda seja marcada por sobressaltos, obstáculos e desafios.<sup>66</sup>

O Movimento de Reforma Sanitária e a implementação do SUS, através de seu projeto marcado pela luta política e ideológica, foi um exemplo de mobilização social que deve grande parte de seu relativo sucesso à sociedade civil. Decerto, o SUS, com suas premissas universalistas e sua demanda pela responsabilização do Estado (ambas respaldadas pela constituição cidadã de 1988), constituiu-se como um foco de resistência à hegemonia do pensamento neoliberal, ainda que tenha sofrido seus efeitos.

Nesta direção, o ajuste macroeconômico e o esforço fiscal do Estado principiado na década de 1990 desdobraram-se no estiolamento das possibilidades de um financiamento mais estável e adequado ao setor Saúde (UGÁ ; MARQUES, 2005). A precarização dos serviços assistenciais passa a marcar o

---

<sup>66</sup> A respeito do processo de Reforma Sanitária e das dificuldades da implantação de suas premissas, vide Paim (1997), Faria (1996), Escorel *et alli* (2005) e Ugá e Marques (2005).

funcionalismo público e a realização do trabalho na Saúde Pública brasileira, sendo esta cada vez mais notabilizada pela carência de medicamentos básicos, má conservação das instalações, superlotação, baixa qualidade no atendimento, entre outras mazelas que constituem uma realidade enfrentada dia após dia, mesmo sendo largamente denunciada pela mídia.

No mesmo rumo, o vínculo formal de trabalho no SUS sofre abalos em função do macrocenário contemporâneo e da aderência do Estado brasileiro às políticas neoliberais, como patente na análise de Paim e Teixeira:

A reforma neoliberal iniciada na década passada, centrada num modelo gerencialista e na desresponsabilização do Estado para com parcela significativa dos direitos sociais conquistados, além de não resolver os problemas mencionados, criou outros com a disseminação de organizações sociais, OSCIPs, cooperativas e outras formas de terceirização da gestão e precarização do trabalho em saúde. (PAIM ; TEIXEIRA, 2007)

Em última instância, assistiu-se a uma perda do espaço público na sociedade brasileira, quadro que afeta sobremodo o SUS. Além da flexibilização do vínculo contratual, das dificuldades no financiamento e da explosão de terceirizações, o projeto da Reforma Sanitária e o próprio SUS vêm esbarrando em outras limitações da composição societária contemporânea, como o desbotamento do vínculo subjetivo com o trabalho, os empecilhos à constituição de projetos compartilhados, as dificuldades de cooperação e a incapacidade de formulação de ações voltadas para a justiça social. (SÁ, 2005). O movimento de Reforma Sanitária, no contexto atual, confronta-se com uma crise de sentido que se traduz no plano dos processos identificatórios como uma falha nos apoios socialmente constituídos (AZEVEDO, 2005).

No leito do recrudescimento do individualismo e na existência de um solo desafio à formulação, crença e concretização dos projetos coletivos, abre-se uma fenda para estudar a filiação dos trabalhadores da Saúde aos esforços de transformação da assistência, seja na Saúde Pública como um todo ou na especificidade da Saúde Mental. Ao trazer esse debate para a realidade dos serviços públicos da Saúde, Azevedo pontua que

A sociedade pós-moderna, a qual nos pertencemos [...] é particularmente caracterizada pelo déficit de ideais, pelo individualismo, pelo conformismo, pela incerteza, desregulação e pelo culto à urgência, trazendo implicações para pensarmos a gestão das organizações públicas. Mostra-se adversa à construção de projetos partilhados e coletivos. (AZEVEDO, 2005, p. 33)

Por seu turno, se o contexto contemporâneo traz entraves para o vínculo subjetivo do profissional de Saúde com seu trabalho, a problemática agrava-se exponencialmente ao se considerar que a realidade dos serviços caracteriza-se

[...] pela desqualificação pública dos trabalhadores, funcionários públicos mal remunerados, sem perspectiva de carreira, pela precariedade do vínculo de trabalho, dado a expressão do contingente de trabalhadores terceirizados, pelo baixo compromisso desses trabalhadores [...], pela precariedade de condições de trabalho, pelo temor quanto ao futuro e até mesmo quanto à possibilidade de sobrevivência da organização. (AZEVEDO, 2005, p.51)

Neste ponto, a existência de um projeto coletivo encontra no sucateamento e na desvalorização dos serviços de Saúde obstáculos severos, tendo em vista a dificuldade que os mesmos enfrentam em se tornar objetos de investimento ou idealização (SÁ, 2005). A fragilidade das políticas de recursos humanos do SUS, notoriamente atravessadas pelos baixos salários, insuficientes programas de treinamento, déficit de pessoal, falta de capacitação e baixa perspectiva profissional, engendra um quadro propício ao desinvestimento e pode carrear grandes impactos nas práticas assistenciais.

Envoltos neste cenário institucional do SUS, os serviços de Saúde Mental arcam com os mesmos ônus. Entretanto, acerca da evolução dos projetos de transformação da assistência, a Reforma Psiquiátrica, que inicialmente apresentou muitos pontos de entroncamento com a Reforma Sanitária, inclinou-se, segundo alguns autores, paulatinamente para outra linha de atuação. Assim, a partir da segunda metade da década de 1980:

O movimento pela reforma psiquiátrica reencontra suas origens e se distancia do movimento pela reforma sanitária. Parte da explicação deste afastamento pode ser encontrada no fato de que [...] o movimento psiquiátrico sempre mantém um viés desinstitucionalizante – isto é, mantém em debate a questão da institucionalização da doença e do sujeito da doença – ao passo em que o movimento sanitário perde de vista a problematização do dispositivo de controle e normatização próprios da medicina como instituição social. (AMARANTE, 1995, p. 94)

As aproximações e os afastamentos entre esses dois grandes projetos de transformação, a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária, têm sido motivo de debate, o que inclui posicionamentos que enxergam no distanciamento conseqüências negativas para a Saúde Mental.<sup>67</sup> Independente do grau de consonância com a Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica ensaiou seus primeiros passos em direção a um novo modelo assistencial ainda na década de 1980, investindo na estratégia de ambulatorização e apostando no privilégio das ações de Saúde Pública, de forma a minimizar o acento dado pelo regime militar à internação e à contratação de serviços privados.

Atualmente, a proposta de ambulatorização arrefeceu significativamente em função do relativo malogro da iniciativa, assaz vincada por consultas meramente farmacológicas, grandes filas de espera, baixa resolutividade e aumento de internações. Além disso, a estratégia ambulatorial acabou sendo interpretada muitas vezes como uma ampliação do controle social da psiquiatria (TENÓRIO, 2000 ; LEVCOVITZ, 2000 ; SILVA FILHO, 2000).

Por via de conseqüência, a formulação de propostas que ultrapassassem o ambulatório fazia-se premente. A substituição do modelo manicomial ganhou nova expressão com o advento de múltiplas cooperativas de pacientes, de residências terapêuticas, leitos em hospitais gerais, moradias protegidas, hospitais-dia, hospitais-noite, ou seja, de dispositivos que, trabalhando de várias formas e com distintas inserções, percorriam uma nova trilha no tocante à problemática do tratamento da loucura.

Na ampliação do leque de opções assistenciais, os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) e os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), ainda que tenham surgido no final da década de 1980, permanecem como ícones representativos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Funcionando como sustentáculos da nova rede de serviços assistenciais, os mesmos oferecem várias modalidades de atendimento aos usuários (consultas médicas, atendimento psicológico, serviço social, terapia

---

<sup>67</sup> Oliveira (2002), por exemplo, coloca que o afastamento de uma parcela do movimento de Reforma Psiquiátrica do ideário da Reforma Sanitária trouxe malefícios indiscutíveis para aquela, na medida em que amainou a discussão sobre a relação Estado/sociedade.

ocupacional, entre outros), além de propugnarem um contínuo diálogo com os familiares e a comunidade circundante.

O primeiro CAPS do Brasil, o Prof. Luis Cerqueira, foi inaugurado em 1987 na cidade de São Paulo<sup>68</sup>, ao passo que o primeiro NAPS surgiu em Santos em 1989. A regulamentação dessas experiências ocorre em 1992, com a promulgação da Portaria 224/92 do Ministério da Saúde, que estabeleceu diretrizes e normas para os serviços de Saúde Mental<sup>69</sup> em âmbito federal. Nesta ocasião, CAPS e NAPS são tratados pela portaria de forma indistinta, ou seja, as normas e diretrizes valiam para os dois. Assim, nos dizeres da portaria:

Os CAPS/NAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. (BRASIL, 1992)

Outros pontos relevantes na portaria tratam da necessidade dos CAPS/NAPS ofertarem aos usuários um menu de atividades (atendimento em grupo e individual, atividades comunitárias, visitas domiciliares, etc.), da presença obrigatória de equipe multidisciplinar e dos regimes de funcionamento. Os CAPS/NAPS funcionar em dois regimes, a critério do gestor local: a) 24 horas por dia e todos os sete dias da semana ou b) dois turnos por dia durante os cinco dias úteis da semana.

Ainda que tal portaria não diferencie CAPS de NAPS e que a comparação entre os dois aponte para alguns denominadores comuns, isso não significa, forçosamente, que as experiências sejam idênticas. Os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) emergem no contexto da intervenção pública na Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico privado em Santos. O fechamento deste, caracterizado por suas celas fortes, alta mortalidade de pacientes e enfermarias superlotadas, foi acompanhado pela criação de um novo espaço, no qual se destacava a reinserção social dos pacientes, os programas culturais, o direito ao asilo, a atenção à crise e a reabilitação psicossocial, aproximando-se assim do

---

<sup>68</sup> Vide Goldberg (1994) para mais detalhes sobre o projeto e a implementação do CAPS Luis Cerqueira.

<sup>69</sup> Além dos CAPS/NAPS, esta portaria estabelecia normas para atendimentos em ambulatórios de unidades/centros de saúde, em hospitais-dia, nas urgências psiquiátricas, nos leitos psiquiátricos de hospitais gerais e nos hospitais especializados em psiquiatria (BRASIL, 1992).

modelo italiano. Funcionando 24 horas por dia e sete dias por semana, o NAPS de Santos deveria responder por toda a demanda psiquiátrica de sua região de abrangência (que prescindiria assim do hospital psiquiátrico), valendo-se principalmente de redes de relação que se estendiam para além de suas fronteiras físicas, adentrando, portanto, no território.<sup>70</sup>

Os CAPS, logo em suas primeiras experiências, denotam algumas dessemelhanças frente aos NAPS.<sup>71</sup> Aqueles surgem como estrutura intermediária que liga o hospital à comunidade, atendendo pacientes que transitam nas duas mãos desta via: da comunidade para o hospital (internação) ou do hospital para a comunidade (alta hospitalar). Sendo assim, nesta proposta o hospital não desaparece por completo da paisagem, ao contrário da experiência do NAPS, na qual o hospital é apagado do horizonte terapêutico e substituído inteiramente. Outra diferença remete-se à percepção de que no NAPS as ações sociais e culturais ganham mais relevo do que nos CAPS, que se calça mais no modelo médico-psicológico (AMARANTE, 1997).

Recentemente, uma nova portaria sobre o funcionamento dos CAPS foi promulgada pelo Ministério da Saúde, a portaria 336/GM de 2002. Desta feita, o termo NAPS não aparece no texto. Esta portaria estabelece cinco modalidades de serviços para os CAPS: CAPS I, CAPS II e CAPS III, CAPSi e CAPSad. Os três primeiros são definidos por ordem crescente de complexidade e abrangência populacional, estando incumbidos de prover atendimento em Saúde Mental para o público em geral. O CAPSi é serviço de atenção psicossocial para atendimentos de crianças e adolescentes e o CAPSad se presta a fornecer atenção psicossocial para usuários com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (BRASIL, 2002). Todas essas modalidades têm suas características (regime de funcionamento, equipe técnica mínima, atividades assistenciais, etc.) esmiuçadas ao longo da portaria.

Os documentos mais recentes do Ministério da Saúde elevam os CAPS à condição de organizadores da rede de cuidados em Saúde Mental e define que estes serviços:

---

<sup>70</sup> Para conferir mais detalhes sobre a experiência santista, conferir Nicácio (1994).

<sup>71</sup> Guljor (2003) advoga a idéia de que, apesar das diferenças, tanto o CAPS quanto o NAPS conseguiram construir um modelo de tratamento diferente do modelo tradicional.

[...] têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias. (BRASIL, 2004, p.12)

Ainda na esfera legal, foi a emblemática lei 10.216<sup>72</sup>, sancionada em 2001, que abriu o sulco pelo qual brotaram a regulamentação, na esfera federal, dos direitos dos usuários, o veto às internações em instituições de características asilares, o incentivo à formatação de alternativas assistenciais e a reafirmação do protagonismo do Estado na formulação de políticas públicas e execução das ações de Saúde. É mister sublinhar que diversas portarias federais e estaduais antecederam a lei 10.216, regulamentando, gradualmente, o campo da Saúde Mental.<sup>73</sup>

De toda forma, forjados na promessa de uma proposta assistencial substitutiva, os CAPS consolidaram-se como linha de fuga ao modelo hospitalocêntrico, um espaço desenhado para promover uma interface consistente com o meio social e possibilitar novas formas de cuidado.

Entretanto, a quebra do tratamento hospitalocêntrico, a despeito da sua magnitude e de sua importância, não era a única bandeira da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Vale destaque a territorialização da assistência, a defesa da participação ativa das famílias, usuários, trabalhadores e comunidade no tratamento, a busca pela garantia de acesso/acolhimento dos usuários nos serviços de Saúde, além da construção da cidadania destes.<sup>74</sup>

A viabilidade dessas bandeiras, entretanto, depende da imersão dos profissionais do campo da Saúde Mental no próprio projeto coletivo que a Reforma Psiquiátrica encerra. Assim como no caso da Reforma Sanitária, este movimento, ao carregar ideais e valores que buscam aglutinar amplos setores da assistência, choca-se no muro da Contemporaneidade. Esta, em sua conformação pouco afeita à concretização das lutas políticas e sociais e sendo caracterizada pelo individualismo, dificulta a

---

<sup>72</sup> Esta lei teve origem no legislativo com o projeto de lei 3657/89 do então deputado Paulo Delgado.

<sup>73</sup> Vale especial menção as portarias 189/91 sobre o financiamento dos novos procedimentos em Saúde Mental e a portaria 106/00 do Ministério da Saúde que trata dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Vários estados da federação promulgaram leis estaduais durante a década de 1990, como Ceará, Espírito Santo e Pernambuco. Conferir Brasil (2002b) para ter acesso a todos esses instrumentos legais.

<sup>74</sup> Esses tópicos foram consolidados como bandeiras da Reforma Psiquiátrica na III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001. Conferir Brasil (2002a).

constituição dos projetos coletivos como pólos identificatórios para os profissionais, temática discutida na especificidade da Reforma Psiquiátrica em capítulos posteriores.

Por ora, ressalta-se apenas que independente desse obstáculo, as proposições advindas no contraponto das práticas manicomiais convergem para a formulação do modelo de atenção psicossocial de assistência, cujas premissas estão presentes nas políticas públicas de Saúde Mental no Brasil.<sup>75</sup> A expressão *atenção psicossocial*, comporta, em primeiro lugar, a idéia de atenção, que se remete a um cuidado que abarca a totalidade do sujeito que sofre, indo além da simples remissão psicopatológica. Em segundo lugar, a dimensão psicossocial, que qualifica a atenção, endereça-se à proposta de complexificar a análise do sujeito, comprometendo-se com a subjetividade e com o social (VENÂNCIO ; LEAL ; DELGADO, 1997).

Seguindo a concepção de Costa-Rosa (2000), o desenho do modelo psicossocial, graças à importância dada à face socioambiental do tratamento, coloca peso nos projetos de reinserção social dos usuários e na sua relação com a comunidade. A construção dos projetos terapêuticos leva em conta o reconhecimento dos usuários enquanto protagonistas de seu tratamento, buscando a valorização constante de suas escolhas e a implicação subjetiva dos mesmos. Similarmente, o modelo psicossocial é refratário à organização hospitalocêntrica e preconiza a existência de equipes interdisciplinares, gerando, portanto, uma abordagem mais ampla no cuidado em Saúde Mental.

De passagem, cabe citar que a defesa da interdisciplinaridade<sup>76</sup> é uma das bandeiras mais consensuais no âmbito da Reforma Psiquiátrica Brasileira e, no fundo, remete-se à aposta na complexidade na construção do conhecimento científico, conforme visto anteriormente. Traduzida na

---

<sup>75</sup> Como bem lembra Borges (2007), não é correto, nem desejável, confundir o movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil com as políticas públicas de Saúde Mental. Não é correto pois esta não contempla todos os pleitos daquela. E não é desejável pois é precisamente por meio desse hiato que a assistência pode ser questionada a fim provocar avanços.

<sup>76</sup> A multidisciplinaridade implica a justaposição de várias disciplinas em função da realização de um determinado trabalho, sem garantir a coordenação ou o relacionamento mais profundo entre as mesmas. Já a interdisciplinaridade versa sobre a conexão entre disciplinas, engendrando uma integração real e uma troca de conhecimentos coordenados por um nível superior às próprias disciplinas. A transdisciplinaridade emerge em uma etapa ulterior a interdisciplinaridade, que não se restringiria à interação das disciplinas, mas que vai além e derrubaria as fronteiras entre as mesmas (JAPIASSÚ, 1976). Existe polêmica se o campo da Saúde Mental já apresentaria uma formação realmente interdisciplinar. Para os fins deste estudo, considerar-se-á que a maioria dos serviços está sob o signo da multidisciplinaridade; no entanto, admite-se a interdisciplinaridade como uma bandeira da Reforma Psiquiátrica. A utilização dos dois termos será alternada ao longo do texto respeitando os sentidos e os usos descritos acima.

conjugação de esforços de diferentes disciplinas, a interdisciplinaridade revela seus liames com a complexidade por evitar a simplificação dos objetos de estudo, alargando as possibilidades de investigação. Cabe registrar, contudo, que a construção de uma visão mais complexa e integral da loucura não advém automaticamente com a entrada em cena de novas profissões, até porque estas mesmas contêm, assim como a psiquiatria, pressupostos capturados pela racionalidade científica moderna, o que torna laboriosa e paulatina a transformação do paradigma assistencial.

De qualquer maneira, a utilização de equipes multiprofissionais, como assinalado no capítulo precedente, não é um fenômeno exclusivo da Saúde Mental e espelha uma reestruturação produtiva disseminada em vários setores do mundo do trabalho. Na Saúde Mental, o aporte de diferentes profissionais nas equipes de assistência adquire uma significação potente e especial diante da anterior exclusividade médica no trato com a loucura, enquadre combatido pela Reforma Psiquiátrica Italiana e Brasileira.

É peremptório apontar, todavia, que a interdisciplinaridade não se trata de uma panacéia, de modo que não é a simples presença de musicoterapeutas, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais que, *per se*, muda a assistência. Em primeiro lugar pois somente a partir do aumento de poder decisório desses profissionais e da valorização de seus saberes que a estrutura e a microfísica dos poderes pode se re-configurar. E mesmo que esses profissionais logrem poder de vocalização, resta a (nada desprezível) dificuldade de articular distintos campos de conhecimento, trazendo a lume conflitos conceituais, metodológicos, práticos e terminológicos, que freqüentemente estão incrustados na assistência.

De todo modo, a pressão pela interdisciplinaridade vem crescendo e a inserção de diferentes profissionais acompanha este crescimento. Sintoma de tal asserção é o fato de que, para muitos usuários, o técnico de referência não é mais o médico, e sim, outro tipo de profissional. Emerge neste ponto uma reforma também gnosiológica, que finca suas raízes no próprio questionamento dos marcos fundamentais da ciência médica e na alteração das *démarches* do pensamento científico.

Contudo, nem a interdisciplinaridade, a sanção de leis específicas ou o surgimento de novos espaços para o atendimento asseguram, necessariamente, a autonomia, a melhoria na qualidade de vida, a reinserção social ou a recuperação da auto-estima dos usuários dos serviços de Saúde Mental. Tampouco evitam insofismavelmente o processo de sofrimento psíquico dos mesmos. Isto é, a extinção do manicômio não solucionou todos os imbrólios da Saúde Mental como alguns esperavam e a formulação de novas (e bem-sucedidas) estratégias assistenciais desafia continuamente os profissionais da área.

De fato, a impossibilidade de uma solução mágica e óbvia para as questões que residem no âmago dos serviços de Saúde Mental propiciou, ao longo dos últimos decênios, um sem-número de iniciativas e modelos assistenciais, como nas propostas de reforma arroladas anteriormente. Estas se projetam em um imenso mosaico de teorias e práticas no afã de lograr êxito em tão difícil empreitada. Se a multiplicidade de discursos teóricos e práticas terapêuticas podem ser encaradas como sintomas de fertilidade e riqueza do campo da Saúde Mental, podem também apontar para um perene e circular dissenso teórico na tentativa de substituição das antigas práticas psiquiátricas.

O caso brasileiro não foge à regra. Os nebulosos caminhos a serem percorridos em busca de um adequado tratamento loucura ensejam possibilidades várias, mesmo que muitas delas compartilhem o repúdio ao manicômio. Portanto, “[...] *quando se trata de propor um novo modelo de cuidados na Saúde Mental, vai se tornando claro que a convergência dos que são ‘anti’ o manicômio esconde na realidade, muitas perspectivas diferentes*” (BEZERRA JÚNIOR, 1999a, p.135). Reformas dentro da reforma: assim deve ser encarada a heterogeneidade teórica/metodológica das proposições que vieram a (re)pensar as práticas vigentes no Brasil. Mesmo nas palavras de ordem *desospitalizar e desinstitucionalizar*, a obviedade passa ao largo. O uso largamente difundido de ambas constrói uma aparente homogeneidade de ações, ainda mais quando as mesmas são tomadas perfunctoriamente, escondendo a diversidade de possibilidades da Reforma.

Apesar da reconhecida influência do modelo italiano, as experiências brasileiras não se apresentam como um monólito. Um olhar mais aprofundado revela um recorte fino e que dá espaço

para elucubrações, na medida em que é no ponto-a-ponto do cotidiano do usuário que aparece a indefinição das práticas profissionais, tornando tépida a impressão de que a Reforma Psiquiátrica representa uma unidade ou uma coerência insuspeita.

Na tentativa de esquadrihar essa diversidade, não só na Reforma Psiquiátrica, mas no campo da Saúde Mental, o risco de estabelecer tipologias é altíssimo e seu custo-benefício poucas vezes compensa, tendo em vista a fragilidade que tal proposta alimenta. Mesmo ciente desta ressalva e das limitações que ela impõe, a tentativa pode ser válida, pois confere uma inteligibilidade mínima ao campo. Em uma primeira aproximação, pode-se dizer que existem no país, hoje, três linhas importantes de pensamento, cada qual fornecendo uma grande matriz teórico-técnica para a assistência: “*a psiquiatria biológica, a psiquiatria inspirada pela reforma italiana e pelo pensamento sanitarista brasileiro e a psiquiatria influenciada pela psicanálise*” (BEZERRA JÚNIOR, 1999a, p.139).

No primeiro caso, a aposta recai em uma atitude estritamente científica frente à questão do sofrimento mental, valendo-se dos saberes médicos e biológicos para a determinação de etiologia e tratamento. A psiquiatria biológica<sup>77</sup>, disciplina que ganhou novo fôlego com as pesquisas em neurociência e em psicofarmacologia, tem presença indisfarçável na contextura atual, ainda que sob pena de desvincular a assistência da problemática do sujeito (BIRMAN, 2003). Para a corrente inspirada no modelo italiano, o foco está sobre o contexto político-social da psiquiatria, a reinserção social do paciente e o constante exercício de reformulação das práticas. Por fim, para os psicanalistas, a questão clínica emerge como prioritária na melhoria dos serviços, priorizando-se assim intervenções na subjetividade do usuário.

Esta tipologia certamente serve mais para fins esquemáticos do que propriamente como uma classificação rigorosa, dado que na prática dos serviços os tipos ideais são raros, até em função da complexidade da assistência. Ainda sim, outros autores discorrem sobre este mesmo tema. Estes reforçam em boa medida a descrição acima, embora tratem essa mesma divisão a partir de outra

---

<sup>77</sup> Esta linha de pensamento, apesar de ser pouco trabalhada nos parágrafos seguintes, continua sendo influente nos serviços. Para mais detalhes sobre sua atualização no contexto contemporâneo, cf. Martins (2005).

terminologia. Deste modo, pode-se falar sobre um grande cisma no campo da Saúde Mental, concernente ao peso relativo conferido à faceta sócio-política ou a faceta técnico-clínica da assistência:

Os primeiros criticavam os segundos por estarem presos a uma concepção acanhada da reforma [...] e portanto incapazes de compreender que a batalha tinha quer ser travada noutro campo que não o da subjetividade individual: o espaço da intervenção social. [...] Os segundos consideravam que os primeiros, ocupados com questões organizativas e com as denúncias contra os determinantes sócio-políticos do adoecimento e da cronificação, deixavam em segundo plano a reflexão sobre as teorias que sustentavam a prática assistencial. (BEZERRA JÚNIOR, 1994, p.179)

Quando a faceta sócio-política recebe prioridade, a atenção recai nas intervenções comunitárias e territoriais, nas redes de relações do sujeito e nas representações sociais da loucura e seus efeitos na subjetividade do louco. Por seu turno, quando o mesmo ocorre com a faceta técnico-clínica parte-se da pressuposição que a questão clínica e o trabalho técnico sobre a individualidade dos pacientes deveriam se posicionar acima das questões sócio-políticas, isto é, “*uma assistência que tome a clínica como critério.*” (SILVA FILHO, 2000, p.19)

É neste último ponto de vista que estão inseridos alguns setores da psicanálise. Com efeito, esta se apresenta como saber e proposta clínica, exercendo inquestionável influência nos serviços de Saúde Mental no Brasil. Inúmeros textos discutem sua leitura da problemática da loucura, assim como a inserção de suas práticas terapêuticas e suas contribuições para o debate no campo.<sup>78</sup>

Em uma análise que se aproxima, *grosso modo*, das já apresentadas, Portocarrero (1990) retoma Costa *et al.*(1985) e trabalha em sua tese de doutorado com a cisão campo da Saúde Mental em três vertentes: a organicista (focalizando a explicação e o tratamento da loucura no âmbito somático), a psicologista (que enfatiza sua ação no indivíduo e em práticas psicoterápicas, incluindo aqui a psicanálise) e a sociologista (que advoga intervenções no campo social).

---

<sup>78</sup> Dentre várias indicações possíveis, vale destacar Tenório (2001a), Tenório (2001b), Figueiredo (1997) e Figueiredo (2001).

Por outro lado, a própria literatura reconhece a possibilidade de interação entre as diversas linhas de pensamento e práticas nos serviços, oferecendo posições conciliadoras, especialmente entre a clínica e a política:

Há uma dimensão político-institucional de importância inquestionável para que a clínica possa se fazer sem os obstáculos que o sistema manicomial implica. [...] Por outro lado, uma reforma psiquiátrica que não se deixe embalar pelo sonho ingênuo de 'resolver' o problema da loucura reformando a sociedade não pode prescindir da clínica. (BEZERRA JÚNIOR, 1992, p. 37)

Segundo aludido acima, esta esquemática tipologia apresenta, na verdade, apenas idealidades que decerto não passariam incólumes no quesito verossimilhança. Mesmo nas fendas entre as correntes supracitadas há uma infinidade de gradações que perfazem um retalho de posicionamentos, marcando a realidade dos serviços com o signo da mistura conceitual e prática. Quase toda ação direcionada ao usuário (por mais simples e corriqueira) está suscetível a ser pensada e repensada e acaba deslizando em gelo fino, possibilitando fraturas em qualquer ponto do *corpus* teórico e a mistura dessas vertentes.

O ponto a ser realçado é que, seja em função da constituição de vários tipos de serviços, da defesa da interdisciplinaridade ou da existência de diversas linhas de pensamento no campo da Saúde Mental, este cada vez mais se vê entrecortado por olhares díspares e práticas variadas. A multiplicidade e complexidade atravessam os serviços e influenciam sobremaneira a *praxis* e a dinâmica de trabalho dos atores envolvidos na assistência, sendo em geral valorizadas e vistas como uma evolução frente a posições sectárias:

Quando se abandona a querela acerca de qual seria a abordagem que verdadeiramente descreve o sofrimento psíquico em sua natureza última, passa-se a valorizar a multiplicidade de teorias à nossa disposição. (BEZERRA JÚNIOR, 1999a, p.142)

Finalizando este capítulo, pode-se constatar que o entendimento da trajetória das políticas públicas de Saúde Mental e do processo de Reforma Psiquiátrica é fonte inexpugnável para vislumbrar as formas como os serviços no Brasil organizam sua assistência, incluindo neste âmbito a descrição das condições

mínimas de funcionamento, a prescrição de novos *locus* de tratamento e de equipes interdisciplinares, a orientação sobre as modalidades de assistência oferecidas, etc.

Aflora ainda a compreensão de que a observação do macrocenário da Contemporaneidade, da realidade do Sistema Único de Saúde e da trajetória da Reforma Psiquiátrica e das políticas públicas de Saúde Mental, bem como das mediações entre esses planos, germina pujantes eixos de análise para o estudo da assistência à loucura. Neste rastro, a implantação da Reforma Psiquiátrica e o próprio exercício do trabalho em Saúde Mental, esmiuçado no capítulo a seguir, inserem-se em uma arena composta, entre outros fatores, pela contestação das instituições sociais e do paradigma científico, pelo arrefecimento dos projetos coletivos, pelas restrições nas políticas sociais brasileiras, por desfavoráveis condições de infra-estrutura no SUS e por uma série de transformações no mundo do trabalho.<sup>79</sup>

---

<sup>79</sup> Deve-se ter o extremo cuidado de não transpor automaticamente para os serviços as mudanças vividas por empresas e corporações no contexto contemporâneo. Contudo, talvez seja inocente pensá-los inteiramente descolados do mundo ao seu redor. Frestas de interação podem contempladas, como, por exemplo, a emergência de equipes multidisciplinares, a flexibilização do vínculo formal do trabalhador com a organização e as mudanças no vínculo subjetivo dos profissionais com seu trabalho.

## 4 - A DINÂMICA DO TRABALHO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

O panorama empreendido nas duas partes precedentes desta dissertação dá estofa para pesquisar com maior acuidade o objeto de análise desta pesquisa: a dinâmica do trabalho nos serviços de Saúde Mental. Os subsídios ali gerados servem, em última instância, para refinar a compreensão deste objeto, bem como para abordá-lo de forma contextualizada. Prosseguindo neste intento e para se chegar ao trabalho em Saúde Mental, o início deste capítulo põe em foco a apresentação da leitura organizacional que norteia essa dissertação: a psicossociologia francesa. Em seguida, adentrar-se-á no estudo do trabalho em Saúde, pois é um contexto que engloba o trabalho em Saúde Mental, para então, finalmente, estudar este em suas especificidades.

### 4.1 - Psicossociologia Francesa: uma leitura das organizações

Conforme afirmado na Introdução, esta dissertação apoiar-se-á prioritariamente no marco teórico e na visão de organização da psicossociologia francesa. Tal escolha justifica-se dado que tal referencial teórico traz consigo um aparato conceitual e metodológico que se alinha aos objetivos da pesquisa, notadamente porque fornece elementos teóricos para o entendimento da relação dos indivíduos com as organizações e com o trabalho, particularmente através das dimensões simbólica e imaginária.

A psicossociologia francesa filia-se ao campo maior da Psicossociologia, uma vertente teórica-prática que tem como campo privilegiado de estudo os grupos, as organizações e as comunidades em situações cotidianas. Um dos principais focos de pesquisa psicossociológica é a natureza do vínculo que liga os indivíduos entre si e os indivíduos aos grupos, organizações ou comunidades, priorizando a dinâmica social e os processos intersubjetivos ali vigentes (MACHADO, 1994).

No que concerne especificamente à psicossociologia francesa, o acento da análise recai, na concepção de Enriquez (1997), sob os processos intersubjetivos e as dimensões imaginária e simbólica

compartilhadas pelos membros das organizações, assim como em seus efeitos nas práticas ali existentes. Destaque especial para o papel desempenhado pelo referencial psicanalítico, eixo conceitual que fundamenta as pesquisas da área. Com efeito, a teoria psicanalítica, principalmente no que tange às obras de cunho sociológico de Freud, serve como manancial teórico para a Psicossociologia Francesa, o que permite esta última abordar os processos organizacionais orientada por uma perspectiva clínica.

Na perspectiva clínica, a questão da produção de sentido, o afeto, o sofrimento, os desejos<sup>80</sup> e a dimensão inconsciente presentes nos processos organizacionais são deslocados para o centro da análise, expondo, no mesmo átimo, os desencontros e o antagonismo entre a identidade individual e coletiva.<sup>81</sup> Para Sá (2005), esta abordagem, embora valorize o ponto de vista dos atores individuais, procura circunscrever o contexto social ou coletivo das representações individuais, permitindo assim análises mais extensas.

A partir desse outro registro de análise é possível entrever os fenômenos da organização para além das perspectivas sociológicas ou do campo da administração, valorizando o cruzamento de matizes psíquicos e sociais. A análise social pela perspectiva clínica destaca a importância do discurso dos sujeitos como material que desvela a realidade social, não tomando-o superficialmente, mas valorizando-o em sua profundidade e na sua capacidade de representar a dinâmica de uma organização e de construir sentidos para ela (SÁ, 2005).

Caucionando essa visão das organizações, Lévy (2001) parte da pressuposição de que estas estão incorrigivelmente sustentadas por um trabalho de pensamento dos sujeitos, por sua vez eminentemente endereçado a fornecer explicações ou sentidos para a experiência vivida, seja apelando para a razão ou para a imaginação. Assim, nos dizeres de Lévy, “*orientada para a descrição de processos e de sua análise, a abordagem clínica da organização se constrói, pois, em volta de uma interrogação maior, concernente às relações dinâmicas entre organização e produção de sentido*” (LÉVY, 2001, p.15).

---

<sup>80</sup> A concepção freudiana de desejo liga-se especialmente ao desejo inconsciente e, em seu fundamento, não está atrelado a objetos reais, mas sim à fantasias. (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001)

<sup>81</sup> Machado (2001) distingue três momentos dos estudos psicossociológicos: o experimental, que predominou nas décadas de 1940 e 1950 a partir de um modelo experimental e da concepção de uma sociedade harmoniosa; o institucional, hegemônico nas décadas de 1960 e 1980 e que vê a sociedade permanentemente em conflito, mas que acredita que o homem é naturalmente bom e capaz de abrir mão de seus interesses em favor da coletividade; e o clínico, que reconhece o antagonismo indivíduo-sociedade como inerente e enxerga a natureza humana como agressiva diante do grupo e sempre pronta a reivindicar sua liberdade contra as normas coletivas.

Aportando na perspectiva clínica como referencial privilegiado, a psicanálise, ainda que comumente atrelada a uma imagem individualista, provê apontamentos valiosos à discussão da dinâmica das coletividades. Enriquez (1997) justifica esta afirmação não só pelo interesse direto que a psicanálise nutriu pelas análises sociais ao longo de sua história (conforme ilustrado nas diversas obras de Freud sobre o assunto)<sup>82</sup>, como pelo fato de que muitos conceitos da psicanálise nascem ou são determinados pelo campo social. É precisamente a partir do referencial psicanalítico que os fatores imaginários e inconscientes podem emergir enquanto categoria de análise, sendo estes elementos fundamentais para a compreensão do mundo psíquico e social nas organizações (AZEVEDO ; BRAGA NETO ; SÁ, 2002).

Além do referencial clínico da psicossociologia francesa, o arcabouço psicanalítico serve de esteio também para estudar o laço psíquico dos profissionais com a vida institucional no campo da psicanálise de grupo, no qual se destacam as proposições de Kaës (1991). Estas afirmam que as instituições, no esforço de realizar suas atividades específicas, devem, irrevogavelmente, mobilizar formações e processos psíquicos compartilhados por seus profissionais, sendo esta uma condição indispensável para a consecução de suas finalidades. Nomeadas por Kaës de formações psíquicas intermediárias, tais mecanismos abrem brechas para o estabelecimento de uma realidade psíquica originária do agenciamento da dinâmica psíquica do sujeito singular com o conjunto intersubjetivo circundante que, por sua vez, emerge como base para a produção de vínculo, investimento e sentido (representações) na relação profissional-instituição.

Voltando estritamente à psicossociologia francesa, em termos esquemáticos, a organização é interpretada a partir da emergência de três sistemas: o cultural, o imaginário e o simbólico. Enriquez (1997) elucida que o primeiro versa sobre os valores, normas e representações sociais historicamente construídas e interiorizadas pelos empregados de uma organização. Ele serve como fiador da identidade desta última, além de operar como processo de socialização de seus empregados.<sup>83</sup> O sistema simbólico,

---

<sup>82</sup> Entre as mais famosas estão: *Totem e tabu* (1974) e *Mal estar da civilização* (1976).

<sup>83</sup> O sistema cultural é pouco trabalhado nesta dissertação, pois, de acordo com Enriquez (1997), quando este se encontra de maneira articulada ele coincide com o sistema simbólico. Dessa forma, para efeitos práticos, quando houver referência ao sistema simbólico, o sistema cultural também estará ali representado.

por sua vez, caracteriza-se pelos mitos unificadores e fundadores de determinada organização, bem como pelos ritos que a perpassam e pelos heróis que ela constrói, produzindo sentidos e significados para os trabalhadores. Esses aspectos funcionam como balizadores na memória coletiva, significando e legitimando certas práticas. Por fim, e intimamente ligado aos demais, está o sistema imaginário, povoado por desejos, representações e fantasias compartilhadas pelo conjunto de profissionais de uma organização. Enquanto os tópicos que fazem parte dos sistemas simbólico e cultural encontram eco em autores fora da psicossociologia, o estudo dos temas pertinentes ao sistema imaginário são artigos mais raros na literatura. Daí a necessidade de expô-lo com mais minúcias.

Inicialmente, cabe mencionar que o termo *imaginário* encontra polissemia, seja no senso comum, seja nas ciências humanas e sociais. No senso comum, é freqüente o estabelecimento de sinonímia entre o termo imaginário e o termo ilusório, o que empresta ao primeiro uma idéia de falsidade. Na história da filosofia, por outro lado, o imaginário por diversas vezes remeteu-se à idéia de cópia, isto é, uma imagem reproduzida fielmente.

Mais recentemente, despidendo-se da antiga equivalência com a idéia de ilusão ou com a idéia de cópia, o imaginário passou a ser visto como um conceito e uma categoria analítica importante na explicação das condutas humanas. Dependendo da apropriação teórica, ele pode ser destacado por seu valor criativo, por seu matiz estruturante, por sua capacidade reguladora nas relações sociais ou ainda por sua inserção no sistema inconsciente, fazendo-o, neste último caso, cenário para expressão do desejo (GIUST-DESPRAIRES, 2002).

Ator e um dos protagonistas dessa guinada, Castoriadis (1982) questiona a concepção de imaginário como imagem especular de algo que lhe antecede, como se aquele estivesse perenemente escoltado por uma essência anterior, fazendo simplesmente o papel de reprodução ou ficção. Ao contrário, o imaginário apareceria como criação *ex nihilo*, prescindindo, portanto, de um suporte anterior e configurando-se como “*criação incessante e essencialmente indeterminada (social-histórica e psíquica) de figuras/formas/imagens, a partir das quais somente é possível falar-se de ‘alguma coisa’.*” (CASTORIADIS, 1982, p. 13)

Envolvido nesta concepção de imaginário, Castoriadis vai além e detalha suas teses, postulando a existência do imaginário radical, referenciado à capacidade de fazer aparecer imagens, e do imaginário efetivo, que abarca os produtos gerados a partir do imaginário radical, constituindo-se efetivamente no *imaginado*. Embasado nestas formulações, o autor defende que é a partir do imaginário, e de sua capacidade produtiva, que derivam as significações e o simbolismo que articulam a vida humana em sociedade.<sup>84</sup>

A Psicossociologia Francesa retoma em boa medida o imaginário tal como concebido por Castoriadis, enfatizando-o como força produtiva capaz de influenciar a dinâmica social, contudo, utilizando-o de forma mais restrita, como fenômeno organizacional e grupal.<sup>85</sup> Ligado ao conjunto de representações e desejos circulantes em uma coletividade, o imaginário na Psicossociologia encontra-se traspassado pela dimensão inconsciente, particularmente como elemento que articula as necessidades pulsionais dos indivíduos com as necessidades funcionais das organizações (GIUST- DESPRAIRES, 2002).

Esta leitura das organizações recusa-se a separar o indivíduo do coletivo, o afetivo do institucional e os processos inconscientes dos processos sociais. Reconhece, dentro desta ótica, a articulação de projetos conscientes e racionais com o imaginário, o desejo e o afeto, vislumbrando um cenário mais rico no que se refere às formas com que os indivíduos se ligam às organizações (AZEVEDO, 2005). Sobre este tópico, uma das contribuições mais meritórias da Psicossociologia francesa é sua afirmação de que a questão central que prende os indivíduos às organizações é sua luta por reconhecimento (ENRIQUEZ, 1997), isto é, a capacidade desta última em responder aos desejos de afirmação narcísica dos primeiros. Enriquez (1994b) destaca que em formações grupais, os sujeitos orientam-se pelo reconhecimento dos seus desejos e pela conquista do prestígio, ao mesmo tempo em que buscam a identificação com os demais membros. Apropriando-se destas colocações é plausível pensar com maior

---

<sup>84</sup> Castoriadis (1982) tem o cuidado de explicitar como se dá a relação entre o imaginário e o simbólico, conceitos que poderiam ser confundidos. O simbólico, na visão do autor, pressupõe a existência do imaginário radical, porquanto só a partir dessa capacidade original de imaginação que é possível criar símbolos. No que se refere à relação entre o simbólico e o imaginário efetivo, aquele não se restringe a este, pois o simbólico mescla elementos do imaginário efetivo a componentes racional-relacionais que fornecem orientação prática para viver no mundo.

<sup>85</sup> Não só no que concerne ao imaginário, mas igualmente ao que se refere a todos seu *corpus* teórico e prático, a Psicossociologia francesa desloca o foco dos macro-processos sociais para contemplar os micro-processos do cotidiano dos indivíduos, dos grupos e das organizações.

acuidade as formas assumidas pelos vínculos subjetivos dos profissionais com os serviços de Saúde, ponto de interesse desta dissertação diante do cenário traçado nos capítulos anteriores.

Para Enriquez (1997) o sistema imaginário apresenta duas formas, cada qual consignando um tipo de vínculo subjetivo entre os indivíduos e sua organização. O imaginário enganoso é aquele no qual a organização prende os indivíduos nas suas próprias afirmações narcísicas ou em sua carência de amor, o que captura esses últimos na possibilidade de ter seus desejos correspondidos. Neste caso, a organização pode ser revestida essencialmente como instituição-divina, poderosa ou nutriz, através da qual o indivíduo apoiaria e protegeria sua vida psíquica. Este imaginário forra a instituição com o signo da onipotência e, levado ao extremo, favorece o aprisionamento dos profissionais nas malhas da repetição e da inércia.

Por outro lado, o imaginário motor instiga a criatividade e a experimentação do funcionário, eximindo-o da sensação de enquadramento constante que o uso abusivo de regras e normas pode gerar. Este é capaz de fecundar o real, trazendo a possibilidade de instaurar a diferença na organização, seja criando rupturas ou induzindo mudanças no seio desta. Segundo Azevedo (2005), o imaginário motor é capaz de levar os membros de uma organização a percebê-la de outra forma, mormente a partir da criação de uma fantasmática compartilhada que permite o exercício da experimentação e do pensamento questionador.

Quando se dirige ao estudo dos grupos e das organizações, a Psicossociologia francesa não se furta a investigar a constituição de projetos coletivos, contribuição teórica que ganha importância defronte o objetivo de estudar a adesão dos profissionais à Reforma Psiquiátrica no quadro contemporâneo. De acordo com Enriquez (1994b), a efetivação destes encontra-se apoiada inelutavelmente na existência de um imaginário comum que representa o grupamento social nas suas aspirações e em sua auto-imagem, deste modo, constituindo um sistema de valores suficientemente interiorizado pelos indivíduos. O autor alerta, todavia, que para serem operantes, essas representações não devem ser apenas pensadas intelectualmente, mas igualmente sentidas, ou seja, devem traduzir afetos.

A constituição de um projeto compartilhado funciona a reboque de três processos, quais sejam, a idealização, a ilusão e a crença. O primeiro empresta excepcionalidade ao projeto no momento em que o eleva a condição de ideal. A ilusão canaliza o desejo para o projeto e reduz a interrogação sobre o valor desse direcionamento, ao passo que a crença elimina a dúvida sobre o mesmo e instaura a certeza sobre sua veracidade (ENRIQUEZ, 1994b). Na compleição destes dispositivos, o projeto enleva os indivíduos envolvidos, fazendo com que estes doem seu tempo e vitalidade ao cumprimento das proposições da coletividade. Notar-se-á, porém, a distinção feita por Enriquez (1997) entre a idealização e a “doença do ideal”, sendo esta última uma idealização massificadora, que produz indivíduos a partir de uma identificação absoluta à organização ou a um projeto monolítico, assujeitando-os e modulando sua atuação à condição de meros reprodutores com parca capacidade reflexiva.

Levando em conta todas essas referências, é possível asseverar que a psicossociologia endereça-se a outra cena no estudo dos processos organizacionais e das equipes profissionais. A dimensão intersubjetiva ganha realce, valorizando a interação entre os sujeitos, incluindo os conflitos, os acordos, as negociações, as formas de sociabilidade, a dinâmica inconsciente e os aspectos psicoafetivos que marcam essa dinâmica. Essa visão é especialmente interessante na medida exata em que parte para o estudo das organizações através de sua dimensão humana, mergulhando no intrincado jogo de interesses e de relações entre os indivíduos que muitas análises organizacionais passam ao largo.

## 4.2 - O Trabalho em Saúde

Juntamente com as contribuições da psicossociologia francesa, a produção teórica sobre o trabalho em Saúde foi eleita como ferramental indispensável para o estudo do trabalho em Saúde Mental. A alusão a esse conteúdo teórico, além de ministrar matrizes de análise capitais para os objetivos desta pesquisa, surge como caminho natural de aproximação do objeto de estudo, posto que, em última instância, o engloba.

Estudar a configuração do trabalho em Saúde de determinada época é sempre um esforço perpassado por determinado recorte espaço-temporal, o que significa levar em conta a influência de

alguns elementos, tais como: a história pregressa dos saberes/ciências que embasam a realização deste trabalho, a relação deste com o contexto social que o circula, as formas de organização e gestão dos serviços e a correlação de força dos diversos atores que tentam modelar o trabalho de acordo com seus interesses.

Sendo a doença um acompanhante teimoso e inexorável da vida humana, justo supor que o trabalho em Saúde, em seu sentido lato, é tão antigo quanto à história da humanidade. Por outro lado, tal asserção não significa que as concepções de saúde-doença, os pressupostos teóricos que subsidiam a prática assistencial e as formas de organização do trabalho em Saúde tenham passado intactos à ação do tempo. Ao contrário, é lícito pensar que existiram muitas variações nas formas de realização do trabalho em Saúde e que estas sofreram a inelutável influência do contexto histórico, social e econômico que as engolfava.

A linha temporal que descreve a história da assistência em Saúde oferece, em sua curvatura, inflexões perceptíveis. Por exemplo, os locais prioritários de atendimento mudaram, passando do domicílio do enfermo para espaços especificamente desenhados para a produção do trabalho em Saúde, como os hospitais que se consolidaram na Modernidade. Similarmente, se na Antigüidade pajés e sacerdotes uniam, no mesmo ato de cura, saúde e misticismo, e atuavam com mínima divisão do trabalho, encontramos, já na Modernidade, o trabalho em Saúde massivamente atado aos saberes laicos (como a medicina moderna) e contando com uma vasta divisão de funções, disciplinas e profissões.

Escapa aos limites desta pesquisa proceder com o deslindamento pormenorizado da inserção do trabalho em Saúde na ordem capitalista dos séculos XIX e XX, temática que pode ser encontrada em outros autores, como, por exemplo, em Schraiber (1993). Sublinha-se aqui apenas o progressivo processo de especialização, incorporação tecnológica e “coletivização” do trabalho em Saúde, esta última entendida como o parcelamento do trabalho em múltiplos compartimentos, funções e profissões. Neste desenho atual da assistência, com ampliada divisão da assistência, as formas de organização de uma coletividade em torno da execução e coordenação do trabalho em Saúde ganha importância. Tendo em vista essa asserção, a pesquisa das estruturas organizacionais de Mintzberg fornece indicações relevantes para o estudo desses processos nos serviços de Saúde.

Mintzberg (1995) logrou reconhecimento acadêmico pelo estudo das estruturas organizacionais e seus modos de interação, que resultou na concepção de uma tipologia com cinco configurações básicas.<sup>86</sup> Dentro das fronteiras dessa dissertação, interessa especialmente a configuração chamada Burocracia Profissional, exatamente porque ela espelha com maior similitude a realidade das instituições de Saúde, como é o caso do CAPS que servirá de campo de investigação.

A natureza dessas organizações comporta trabalhos complexos, altamente especializados e bastante descentralizados. Sua parte-chave é o núcleo operacional, parcela dos funcionários que realizam o trabalho básico da organização, estando diretamente ligado à produção de bens e serviços. Nesta linha, as Burocracias Profissionais trazem em sua esteira, até pela alta qualificação dos funcionários e a descentralização das tarefas, um largo grau de controle destes últimos sobre o próprio trabalho, trasladado na relativa distância frente ao trabalho dos demais funcionários e na maior proximidade com os usuários aos quais servem.

Tal configuração confere autonomia a estes profissionais, pois garante liberdade de ação diante da tênue regulação dos pares e da escassa influência de outros segmentos da organização ou, dito de outra forma, amplia de modo singular o poder destes profissionais em controlar seu próprio trabalho. Aqueles são os únicos a dispor dos conhecimentos necessários para a realização do trabalho-fim da organização, reforçando o poder no núcleo operacional e diminuindo, por vezes, a governabilidade da cúpula de dirigentes.

A autonomia aqui referida surge como qualidade intrínseca ao trabalho, mesmo que esta possa ser incrementada ou tolhida em função de modelos de gestão específicos. De todo modo, é possível depreender também que há certa tendência individualizante na execução dos trabalhos nas Burocracias Profissionais, dada a autonomia ali presente. Mintzberg destaca que *“Em razão da autonomia profissional, [...] torna-se lógico pensar em termos de uma estratégia pessoal para cada profissional. Em muitos casos, cada um seleciona seu próprio cliente e seus próprios métodos de tratar com eles.”* (MINTZBERG, 1995, p. 200)

---

<sup>86</sup> O autor acentua que as configurações básicas das organizações não são excludentes entre si e que, na verdade, esses tipos ideais não são achados em seu estado puro na prática. No fundo, estas configurações indicam a direção que a organização tende a seguir.

Desta forma, um ponto distintivo nas Burocracias Profissionais é a constatação de que as mesmas privilegiam, no âmago de sua estrutura, a autonomia. Resulta disto que as Burocracias Profissionais são freqüentemente entidades pouco integradas, um ponto que interessa a esta dissertação dado que a mesma se propõe a investigar o trabalho em Saúde Mental, entre outros aspectos, através das possibilidades da consecução de projetos coletivos e da realização de trabalho em equipe. Mintzberg (1995) ressalta que a autonomia também surge freqüentemente como um fator que escurece a visão dos funcionários frente às necessidades da própria organização, pois, geralmente, os mesmos se ocupam tão-somente em pôr em prática suas habilidades individuais. Em um texto focado nos serviços de Saúde, Mintzberg e Glouberman (1994) indicam a fragmentação e as dificuldades de cooperação e colaboração entre os profissionais destas organizações como pontos críticos para as mesmas. O enfrentamento dessa problemática passa em boa medida pelo desenvolvimento de mecanismos de coordenação embebidos na abertura para a comunicação e no ajuste mútuo dos profissionais.

De todo modo, a organização e a coordenação do trabalho encontram como fórum privilegiado de observação a orquestração do trabalho em equipe. Teoricamente envolvida por uma série de benesses para a assistência e consoante com a re-configuração do trabalho na Contemporaneidade, a equipe multiprofissional pode ser palco de tensão quando a interdependência entre o trabalho dos profissionais entre em choque com a autonomia técnica típica das Burocracias Profissionais.

A incandescente proposta de equipe multidisciplinar na Saúde ganha mais notoriedade no país a partir da década de 1970 (PEDUZZI ; PALMA, 2000 apud GOMES ; PINHEIRO ; GUIZARDI, 2005) e sua defesa é acalentada como estratégia para superar a fragmentação e desresponsabilização do cuidado oriunda da crescente e excessiva especialização de seus profissionais (CAMPOS, 1997).

Embora seja indiscutível a força da tradição positivista e biocêntrica, o campo da Saúde insere-se na complexidade da atualidade almejando uma visão mais holística de suas práticas, proposta que carrega consigo a necessidade de uma grande diversidade de disciplinas (VILELA ; MENDES, 2003). Se a medicina ainda mantém papel hegemônico na área da Saúde, progressivamente, o campo assistencial passou a ser entrecortado por distintas profissões e por suas respectivas contribuições

teórico-práticas, o que criou um espaço, ainda que limitado, para o exercício da autonomia destas últimas:

Os profissionais envolvidos dominam os conhecimentos para o exercício das atividades específicas de sua qualificação profissional, no entanto, os médicos, no âmbito do trabalho coletivo institucional, ao mesmo tempo em que dominam o processo de trabalho em saúde, delegam campos de atividades a outros profissionais de saúde [...] Esses profissionais executam atividades delegadas mas mantêm certo espaço de decisão e domínio de conhecimentos (PIRES, 1996, p.89).

Se atualmente a Saúde conta com muitas equipes multiprofissionais e aspira efetivamente a interdisciplinaridade, a bibliografia acerca das peculiaridades do trabalho nas organizações de Saúde ainda está deveras centrada no trabalho médico, em grande parte pela tradição dessa profissão e pelo seu papel de protagonista na cena assistencial.<sup>87</sup> Aproveitar-se-á aqui a literatura sobre o trabalho médico, precisamente naquilo que ela apresenta de extensível às demais profissões que hoje povoam a assistência.

Foge das pretensões desta pesquisa uma revisão exaustiva da produção bibliográfica brasileira sobre a temática. Neste sentido, esta dissertação baseia-se no mapeamento do campo perpetrado por Schraiber (1997) no início de sua tese de livre-docência. Nesta, a referida autora aponta no Brasil o trabalho de Donnangelo (1975) como um marco na produção intelectual do campo que, em seguida, bifurcou-se em duas vias: uma, endereçada às políticas e estruturação da assistência; outra, à profissão e à prática médica. O estudo de Schraiber percorre a segunda via, mirando, portanto, nas práticas. Este estudo também trilhou essa opção, contudo, colocando na ribalta o trabalho em Saúde Mental.

A célula mínima de análise do trabalho e das práticas em Saúde é desenhada, em um primeiro momento, pelo casamento da necessidade de um usuário com a capacidade do profissional em assisti-lo por meio de seu saber e de suas práticas. Contudo, o que reluz neste simples esquema é a constatação de que o auxílio procurado pelo usuário inclui a busca pelo seu bem-estar, por sua saúde ou mesmo pela manutenção da própria vida, bens preciosos demais para cair na vala comum que caracteriza a demanda por um serviço qualquer.

---

<sup>87</sup> Contudo, é importante frisar que a academia vem investindo cada vez mais no estudo da inserção de profissões como enfermagem, psicologia e serviço social no campo da Saúde.

A relação usuário-profissional de Saúde é delimitada inextrincavelmente por uma distinção de papéis, visto que um dos lados, preso à incapacidade de resolver sozinho seu sofrimento, é impelido a buscar o outro lado que, por sua vez, concentra o saber e as práticas capazes de responder a essa demanda. Uma porta necessidades, o outro, conhecimentos.

Todavia, essa relação não se prende a uma descrição tão simplória, de modo que o saber posto em jogo no momento da prática assistencial não é aplicação mecânica de determinada tecnologia. Emerge, neste ponto como *“saber em ato, o saber operante do trabalho em seu cotidiano, pois será, neste, que conhecimentos científicos e tecnologias, além da experiência clínica passada ou pessoalmente vivida, serão combinados pelo médico no exercício de sua profissão”* (SCHRAIBER, 1997, p. 30). O profissional de Saúde é visto não somente como aquele que opera a tecnologia, mas como sujeito, capaz de criação, inovação e que traz consigo representações, sentidos e significados sobre a realidade com a qual interage (SCHRAIBER, 1997).

A prática assistencial delimita-se assim em um duplo: o aspecto tecnológico, de razoável repetição e que assegura bons níveis de segurança e certeza e a arte, que se desvela nas possibilidades de criação diante da singularidade de cada caso, carregando consigo, contudo, o risco, a dúvida e as incertezas na intervenção. A interpenetração dessas duas facetas é de tal monta e gera tamanha tensão interna que é possível referir o trabalho médico a uma estrutura instável (SCHRAIBER, 1997). O cruzamento entre a padronização do tecnológico e a individualidade do caso confere complexidade ao trabalho e aos julgamentos necessários.

Schraiber (1997) vai além e advoga que a assistência comporta também uma faceta ética, pautando-se pela realização cotidiana de valores acerca do que é reconhecido como bom e correto. A autora prossegue afirmando que as orientações terapêuticas, decorrentes de uma articulação singular entre técnica e valores, propõem ao paciente um viver, isto é, um modo de levar a vida e que tais proposições não devem ser entendidas sem a devida atenção às questões éticas que enlaçam as mesmas.

A assistência em Saúde, por conseguinte, não se encerra na técnica, sendo influenciada pela relação usuário-profissional de Saúde que, irrevogavelmente, é um trabalho de intervenção de um homem sobre o outro. Isto é, configura-se ali uma relação intersubjetiva, desenhada no cruzamento de

afetos e valores, que se modula não apenas pelo encontro de dois sujeitos, mas que também precisa satisfazer determinadas condições presentes em uma dada formação social e histórica, de onde extrai sua legitimidade (AROUCA, 2003).

A distinção de papéis na relação usuário-profissional de Saúde, citada acima, não significa necessariamente a ausência de troca no encontro entre esses dois atores. Se o profissional de Saúde aporta nesta relação com seus saberes, práticas e representações frente à dor e às possibilidades de vida e morte do paciente, decerto que o usuário do serviço traz suas intencionalidades, crenças e conhecimentos anteriores, expressando em sua singularidade não apenas certo modo de elaborar a necessidade que o levou até ali, mas, igualmente, uma expectativa acerca da atuação do profissional nesta relação.

Elevar essa discussão a um lugar de destaque evita que o pesquisador pense a relação usuário-profissional de Saúde apenas na materialidade da assistência em Saúde. Seguindo neste tom, as práticas são igualmente formas de interação e comunicação, palco para dimensão intersubjetiva. Dissociar esta última da esfera material de ação empobrece a análise tanto de uma quanto do outra, porquanto “*a intervenção [médica] é o conjunto simultâneo de transformações físicas e transformações nas idéias e noções que circulam entre os indivíduos presentes.*” (SCHRAIBER, 1997, p. 188)

A valorização do trabalho em Saúde como relação intersubjetiva serve como premissa para a realização desta dissertação e acopla-se à própria escolha teórico-metodológica da psicossociologia francesa, que se debruça sobre essa dimensão. Mergulhando neste tópico, Sá, ao pesquisar o trabalho em Saúde, ressalta “*sua característica relacional/subjetiva e de intervenção única de um sujeito sobre o outro, em suas experiências vivenciadas, portanto singulares, de vida, prazer, dor, sofrimento e morte*” (SÁ, 2005, p. 48). A respeito desse caráter, a autora desenvolve a idéia que a natureza do trabalho em Saúde porta consigo uma dimensão ansiogênica e, conseqüentemente, produtora de defesas capazes de lidar com a impotência, o sofrimento, a morte e o desamparo que cortam o dia-a-dia dos profissionais. Um exemplo seria a banalização da dor alheia.

Vale a ressalva que a relação intersubjetiva presente no trabalho em Saúde é suscetível a variações dependendo do contexto histórico-social no qual ocorre, além de ser condicionada pelas singularidades dos serviços e das modalidades assistenciais. Por exemplo, o caráter mais ou menos técnico-científico de cada especialidade, o grau de especialização de cada trabalho, sua forma de organização e de divisão técnica, bem como as representações e valores a ele associados (SÁ, 2005).

A despeito de tal ponderação, parte-se da suposição de que a dimensão relacional/interativa da categoria analítica *trabalho* debuxa matizes valiosos para o entendimento das práticas assistenciais em Saúde Mental abarcadas na pesquisa de campo. Por essa razão, a apreciação dos processos de trabalho aqui empreendida fluirá precisamente por meio do acento no espaço intersubjetivo da assistência.

### 4.3 - O Trabalho em Saúde Mental

Nesta seção, buscar-se-á uma melhor compreensão do trabalho em Saúde Mental, isto é, sua natureza, suas peculiaridades, seus dilemas, seus modos de organização e suas condições de exercício. Todavia, a consecução deste intento torna-se mais apurada a partir da visita aos apontamentos da seção precedente sobre o trabalho em Saúde.

A inserção do trabalho em Saúde Mental no campo da Saúde Pública, em si, já traduz um solo comum, o qual poder-se-ia delimitar sem grandes rodeios teóricos. A complexidade do trabalho, a dimensão intersubjetiva no espaço relacional usuário-profissional, a força do núcleo operacional e a autonomia laboral são exemplos daquilo que é compartilhado.

O contato com a dor, o sofrimento e a morte também se faz presente no caso da Saúde Mental. Possivelmente essas últimas características são levadas ao limite, tendo em vista que, nesta área, o trabalho pode ser marcado por um imaginário de impotência acerca da capacidade do profissional em aliviar a dor de outrem. Ou seja, se é difícil lidar com o sofrimento e a dor do outro, esse quadro provavelmente piora se existe a concepção de que pouco se pode fazer para resolver sua demanda.

A potente proposta de equipe multiprofissional, cada vez mais valorizada na Saúde Pública, assim como nas organizações contemporâneas em geral, enraizou-se também nas políticas públicas de Saúde Mental, tornando-se peça-chave para compreender a dinâmica do trabalho nos serviços assistenciais. Assim como na Saúde em geral, a hegemonia médica prevalece nos interstícios do cuidado da loucura e a presença de grande autonomia na realização de tarefas, a baixa integração entre os profissionais e o insistente desafio de estabelecer maior conexão entre as ações assistenciais, detectados no funcionamento das Burocracias Profissionais, emergem nas muitas dobras do trabalho.

A temática do trabalho em equipe na Saúde Mental inspira elucubrações. Figueiredo (2000) estabelece uma classificação nessa temática, postulando a existência da equipe hierárquica e a equipe igualitária. Aquela se orienta mais fortemente pela hierarquia profissional, com uma escala de autoridade que privilegia o poder médico e, em seguida, o papel do psicólogo ou do enfermeiro, verticalizando perigosamente o processo decisório. Por seu turno, a equipe igualitária organiza-se em torno de uma autoridade mais diluída e flutuante, mas que pode degingolar para uma falta de objetividade ou de definição nas decisões. Segundo a autora, a rigidez da primeira tampouco a indefinição da segunda devem prevalecer na dinâmica da equipe, pois é na tolerância acerca das diferenças profissionais que deve surgir a direção para o tratamento dos usuários. De toda maneira, essas são tensões que merecem ser levadas em conta na pesquisa de campo.

Constando nas políticas públicas de Saúde Mental, o horizonte multiprofissional e interdisciplinar firma uma posição de força no sentido de alterar as práticas assistenciais, dificultando a manutenção da psiquiatria como “metarrelato” da loucura e buscando a compreensão desta última a partir da complexidade epistemológica. Por outro lado, esse cenário precipita a mescla de princípios ontológicos, metodológicos e teóricos das disciplinas formando uma realidade institucional assaz sujeita aos conflitos entre os distintos projetos profissionais. Estes conflitos serão observados aqui a luz do jogo intersubjetivo no qual estão encarnados, fazendo jus ao recorte psicossociológico da pesquisa.

A problemática das semelhanças e dessemelhanças com a Saúde em geral, todavia, adquire maior vulto e inspira um caminhar mais cauteloso e ardiloso. Voltando ao duplo arte-tecnologia da assistência, quais os contornos essa díade assume na Saúde Mental? A padronização e a mediação dos

equipamentos em Saúde Mental, quando confrontadas com outros segmentos da Saúde, desvelam-se mitigadas, o que gera impactos não só para a realização das práticas quanto para a aferição de sua efetividade. Sendo assim, a faceta da arte parece assumir certa predominância em função da baixa padronização e mediação tecnológica no tratamento da loucura. É mister notar que essa configuração não equivale a uma frouxidão técnica, na qual a atuação em Saúde Mental possa prescindir de qualificação teórica e prática dos profissionais; o contrário seria mais verdadeiro, isto é, a predominância da arte exige ainda mais preparo técnico, bem como demanda um enorme respeito a questões de ordem ética.

Na convexidade desta discussão sobre a padronização, uma das particularidades que envolve o campo da Saúde Mental, como exposto no capítulo precedente, é sua multiplicidade de linhas teóricas. Deste quadro decorre uma grande discordância não apenas sobre o princípio ontológico das psicoses e das neuroses graves, mas também sobre as práticas ou técnicas terapêuticas apropriadas para determinados casos, ou ainda, sobre o modo mais adequado de se organizar o serviço assistencial. Daí a existência de uma variabilidade de formas em lidar com as demandas assistenciais que não encontra paralelo nos demais campos da Saúde.

Aliada a essa multiplicidade, o conhecimento no campo da Saúde Mental ainda traz em sua popa outra característica indisfarçável: a dificuldade na busca de etiologia e de predição acerca do curso do cuidado. A complexidade da loucura e os imponderáveis destinos aos quais o vínculo usuário-profissional se sujeita convergem para uma cena assistencial cunhada na incerteza e na baixa previsibilidade das ações terapêuticas.

Decerto que essa configuração guarda relação com o predomínio da arte no exercício do cuidado e com as insustentáveis tentativas de padronização do cuidado, tão inadequadas quanto indesejáveis. De toda maneira, os profissionais encontram-se submersos no mar de desconhecimento que rodeia a loucura e as possibilidades terapêuticas do espaço relacional usuário-profissional. De fato, as nuances que povoam essa relação escapam insistentemente dos próprios gradis teóricos nos quais os técnicos geralmente se arvoram.

Frente a esse cenário de incerteza, seja na discussão em equipe ou ainda na esfera individual do profissional, muitas são as decisões que convidam os profissionais a refletir antes de agir: escolher entre usar ou não medicação, conter ou não conter o paciente no leito, arbitrar sobre a internação, dentre outros. Por certo, estes dilemas, que geralmente versam sobre questões éticas e técnicas, ocorrem em outras áreas da Saúde, o que não retira a importância de estudar suas especificidades na Saúde Mental.

Refletindo sobre os dilemas no atendimento a psicóticos, Ferreira (1997) destaca que diante de alternativas técnicas igualmente coerentes e justificadas, a escolha recai sob aquela que mais se coaduna com os valores morais vigentes na sociedade e com as crenças pessoais do profissional que assiste ao usuário. A questão técnica cede lugar à ética, baseando esta no justo e correto preceito de minimizar o sofrimento alheio. No entanto, parece mais correto afirmar que questões de ordem técnica e ética estão imbricadas no ato de assistência, em um jogo no qual uma serve de suporte e justificativa para outra, tornando a empresa de separá-las quase vã. Tal colocação encontra respaldo nas análises do trabalho médico perpetradas por Schraiber e sublinhadas na seção precedente.

Na atualidade, Costa (1996) alerta para três éticas possíveis no encontro do profissional com o louco, bem entendidas enquanto tipos ideais. A ética da tutela caracteriza-se pela posição prévia do profissional em definir o usuário enquanto um ser privado de razão e de vontade, seja porque ele tem um distúrbio que o coloca nesta posição, seja porque juridicamente ele é percebido como irresponsável por seus atos, configurando assim uma ética instrumental e objetivante.

Diferente desta, a ética da interlocução pauta-se na concepção de que o louco não é essencialmente privado de razão e de vontade, mas sim atravessado por outra razão e por outra vontade, próprias a cada individualidade, e geralmente definidas pelo vocabulário psicológico, modelando, desta forma, uma ética privada de interação. Por fim, na ética da ação social, o usuário do serviço e o profissional de Saúde Mental definem-se como pares, buscando uma relação igualitária baseada na idéia que ambos são cidadãos, o que engendra uma ética pública. Essas três formas de fazer o justo e o moralmente adequado são passíveis de questionamentos, mas, de fato, elas encontram-se disponíveis no cotidiano dos serviços e é comum serem escolhidas pragmaticamente em função das circunstâncias.

As colocações de Costa (1996) trazem em sua esteira a reflexão de que o trabalho assistencial em Saúde Mental está intrinsecamente ligado às representações e fantasias que os profissionais têm dos usuários, elementos presentes no imaginário dos serviços assistenciais. No estudo destas três éticas, fica claro que conceber os usuários como seres despojados de razão, como sujeitos privados e singulares ou como cidadãos traz implicações diferentes para a realização do trabalho. A título de exemplo, no exercício da ética da tutela, é válido supor que ela conforma um lugar de desqualificação para o usuário do serviço em função da pressuposição de sua incapacidade e quiçá da destituição de sua qualidade de sujeito. Neste caso, a radicalização da diferença entre usuários e profissionais pode ocasionar um cuidado que obstaculiza a promoção da autonomia dos primeiros.

Essas três éticas não escondem seus liames com modelos de tratamento e linhas de pensamento presentes no campo da Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica. A ética da tutela traduz elementos do alienismo e do modelo manicomial, da mesma forma que a ética da interlocução alinha-se a preceitos do modelo técnico-clínico da assistência e que a ética da ação social representa premissas do modelo sócio-político, analisados no capítulo precedente.

As três éticas, todavia, não esgotam todas as possibilidades de representação dos usuários dos serviços de Saúde Mental. Outra forma típica de representação despe-se na concepção de que os usuários são naturalmente desprotegidos, despertando nos profissionais uma função protetora. Instaura-se, nestes casos, uma relação onde estes assumem o papel de protetores e os usuários de protegidos. Em certa medida, tal relação aparece igualmente nas práticas de Saúde em geral, mas, em se tratando de um tratamento que pode estar permeado, por exemplo, pela ética da tutela, esta relação adquire outros matizes na Saúde Mental, como a maior dependência dos usuários ante os profissionais.

Paradoxalmente, o mesmo louco que pode ser visto como desprotegido pode também ativar uma representação ligada à periculosidade em função de determinadas circunstâncias. Crenças relativas à imprevisibilidade da loucura e a sua natureza bizarra e dissonante frente aos padrões de conduta social podem entrar em cena no momento da assistência, tornando o louco um perigo em potencial. Tal quadro muitas vezes acarreta atitudes como sedação ou contenção de usuários.

Os conteúdos representacionais acerca da loucura sempre mostram-se condicionados por determinantes culturais e históricos sendo, por essa mesma razão, passíveis de mutação. Cooper (1973) foi um dos poucos a escrever sobre as fantasias dos profissionais de Saúde Mental. Este aponta que uma das fantasias mais comuns consistia na idéia de que os pacientes precisam ser instigados verbal ou fisicamente a se levantar da cama, caso contrário ficarão lá todo dia. Outra, que divide com esta uma raiz comum, diz que os loucos que não se engajarem em algum tipo de tarefa, como projetos ocupacionais ou o trabalho de manutenção do hospital, tornar-se-ão pacientes crônicos. Certamente, desde a época dos escritos de Cooper, já houve alguma mudança no imaginário dos profissionais, contudo, resta saber se de fato ele foi afetado no seu cerne.

A pesquisa de Cooper, ainda que datada historicamente, gera uma indagação que ainda soa pertinente: Até que ponto subsiste no imaginário dos profissionais de Saúde Mental modelos mentais tipicamente alienistas e próprios ao tratamento moral? Levcovitz parece estar atento a essa pergunta, inclusive ensejando uma resposta ao salientar que *“apesar de superado tecnicamente, o ethos alienistas está profundamente inscrito no imaginário popular, incluindo os profissionais de saúde.”* (LEVCOVITZ, 2000, p. 27). É notório o esforço da Reforma Psiquiátrica em ultrapassar certas representações acerca dos usuários dos serviços e, principalmente, em pautar as práticas em Saúde Mental pelo reconhecimento da condição de sujeito dos assistidos. Resta avaliar até que ponto a desqualificação destes ainda persiste.

A problemática acerca da concepção de cura e dos objetivos do tratamento entra nesta temática. Tomando como referência as teses de Swain, expostas no capítulo precedente, um dos fundamentos do movimento alienista foi a crença na possibilidade de curar pessoas com transtornos mentais. Será que, em algum nível, o imaginário presente nos atuais serviços assistenciais acata essa aceção?

Com efeito, a Saúde Mental, enquanto parte do grande campo da Saúde, depara-se com as mesmas exigências sofridas por este último, como no caso da cobrança por resolutividade e efetividade das intervenções. Tanto na Saúde Mental quanto em outros campos da Saúde, a população assistida sempre tem a expectativa de uma resposta eficaz e urgente aos agravos de saúde. Desde que observadas as

questões técnicas e éticas, nada mais natural por parte das ciências da Saúde que o esforço de aperfeiçoar seus instrumentos e profissionais na busca da cura de seus pacientes.

Na Saúde Mental, a busca pela cura reveste-se de especificidades, exatamente por ser conceitual e operacionalmente menos tangível que em outras áreas da Saúde. Na psiquiatria, há grande polêmica em torno da entronização da cura enquanto um objetivo a ser perseguido na assistência, sendo que a tendência das últimas décadas revela-se na relativização deste conceito. Se antes este era visto como remissão de sintomas e restituição de um estado hipotético de normalidade, a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira assume-se uma posição menos pretensiosa e que visa construir um percurso de vida menos sofrido para os usuários, respeitando a singularidade e a subjetividade dos mesmos (TEIXEIRA, 1999). Em meio a essa transmutação, os elementos imaginários e simbólicos imiscuídos nos objetivos almejados para a assistência figuraram como um ponto prolífico de análise na pesquisa de campo.

Se as representações sobre os usuários e o objetivo final da assistência são importantes elementos para se estudar o trabalho na Saúde Mental, da mesma forma torna-se indispensável perscrutar as representações que os profissionais têm de sua própria atuação, assim como os afetos ali presentes. Atualmente, seria descabido avaliar esse tópico de forma descolada do questionamento, ao longo da Reforma Psiquiátrica, da relação paciente-médico oriunda do *ethos* alienista, que incluía a disciplinarização do louco e poder inquestionável conferido ao psiquiatra.

Como já exposto, os impactos do discurso antipsiquiátrico no trabalho em Saúde Mental ilustram esse ponto. Portocarrero (1990) enxerga no discurso de Laing e Cooper um imaginário político de liberação, que produziu, por oposição, uma representação da psiquiatria atrelada ao exercício de um poder arcaico em sua estrutura e rígido em sua aplicação. O que antes era coberto por ideais curativos desvelara-se como instância de dominação institucional.

Tampouco a influência basagliana pode ser olvidada. Recuperando a discussão do capítulo três, Basaglia afirma que, no contexto asilar, os profissionais da assistência amiúde perfaziam um papel de administradores e concessionários de uma violência técnica, fundada na radicalização da assimetria profissional-técnico e a serviço primordialmente da exclusão social dos loucos. Segundo o autor,

respaldados por seu mandato social e legal, os atos terapêuticos realizados por esses profissionais contribuíam para que os usuários fossem efetivamente objetos de violência social. Os profissionais da assistência atuavam essencialmente como controladores institucionais da loucura, personificando as regras, as normas e os ditames dos asilos. A partir de então, uma parcela dos profissionais de Saúde Mental passou a ser perseguida pela própria sombra, buscando sempre fugir da possibilidade de ser flagrado, por si mesmo, praticando ações típicas desta velha psiquiatria.

Ainda sim, parece correto supor que o fato do profissional deter o mandato judicial e social para a realização da assistência tem conseqüências em seu imaginário. Vale frisar que essa incumbência pode servir tanto de desculpa para o exercício desmedido do poder como para favorecer a responsabilização do profissional frente ao usuário. De um modo ou de outro, fica nas mãos do profissional o dever de responder à demanda assistencial dos usuários; ademais, o fato de ideal de cura ter arrefecido não elimina a necessidade de prover ao louco alguma intervenção que possa minorar seu sofrimento.

Seguindo por esta via, é legítimo imaginar que o papel socialmente definido do técnico, detentor de um poder/saber sobre o outro, está presente no imaginário organizacional. Neste contexto, cabe recorrer a Kaës (1997) que, ao retomar de Piera Castoriadis-Aulagnier a noção de contrato narcísico, postula que cada sujeito é portador de um lugar no conjunto social e este, para assegurar sua própria continuidade, investe narcisicamente<sup>88</sup> aquele. Assim, o contrato narcísico, funcionando a partir de sua função identificatória, confere a cada sujeito certo lugar no conjunto social. Os profissionais de Saúde Mental, na cena assistencial que inclui os familiares, os usuários dos serviços e os profissionais do serviço de Saúde, ocupam um lugar de destaque neste arranjo social, na medida exata em que é na sua atuação que está presumida a capacidade de intervir corretamente sobre o outro.

Partindo da existência desta posição de saber/poder dos técnicos, cabe perguntar como ela se traduz no imaginário destes profissionais e no cotidiano dos serviços. Ou ainda, dentro do contexto da Reforma Psiquiátrica, quais as conseqüências para a auto-representação profissional dos agentes da assistência, se a doença mental, como proposto por Basaglia, fosse totalmente posta entre parênteses?

---

<sup>88</sup> O conceito de narcisismo tem longa história na psicanálise e sua significação não é unívoca. Para os fins dessa dissertação, adota-se a definição simplificada de Laplanche e Pontalis (2001) que o qualifica como amor pela imagem de si mesmo.

Como fica a percepção deste profissional acerca de sua função mediante as mudanças na representação da doença mental? Quais os novos elementos imaginários que emergiriam?

Essa é, sem dúvida, uma das tarefas mais difíceis: despojar-mo-nos do status de terapeuta, que, em última análise, pressupõe o lugar do doente e nos reserva um importante papel social: consciente ou inconscientemente exercemos poder. (CARVALHO ; AMARANTE, 2000, p. 51)

Côncios desse risco, os profissionais buscam formas alternativas de se relacionar com os usuários. A literatura ainda exprime preocupação sobre o papel dos profissionais, ainda que tenha esperanças na mudança desse quadro:

Continuará ele (o agente institucional) a concentrar o poder-saber em suas mãos e a bem desempenhar seu papel de delegado? [...] Suas dúvidas sobre a necessidade de continuar a desempenhar o papel de delegado do poder institucional se tornam dia a dia maiores. (LUZ, 1994, p. 88-89)

Se é justo supor que o trabalho em Saúde Mental pode alimentar uma auto-imagem de potência, em função da suposição de saber e do poder exercido pelos profissionais, isso não esconde a possibilidade de o mesmo gerar, inversamente, desilusão profissional e sofrimento. Em uma situação de malogro, o profissional pode se indagar se o mandato social que embasa sua prática e que lhe concede tanto poder, não está além de suas competências para responder aos desafios assistenciais. Dessa forma, *“a sociedade (juízes e famílias) tem investido ilusoriamente o profissional de uma capacidade que, em certa medida, lhe escapa, e de um poder que lhe sobra”* (PITTA, 1996, p.107).

Uma possibilidade profícua de análise recai na investigação de como o profissional consegue lidar com sua incapacidade diante da problemática por ele enfrentada. Neste sentido, a complexidade do trabalho, a dificuldade de vislumbrar resultados e os problemas existentes em avaliar sua efetividade poderiam constituir um imaginário de impotência que levasse a um cenário de descuido na realização da assistência. Práticas assistenciais cujos resultados são de difícil avaliação geram um complicador no campo do reconhecimento profissional e, conseqüentemente, refletem na formação do imaginário

coletivo, posto que o vínculo subjetivo dos indivíduos com seu trabalho e com as organizações passa pela busca de reconhecimento, como apresentado na seção sobre a psicossociologia francesa.

O encerramento deste capítulo finaliza também a parte teórica desta dissertação. Diversas questões delineadas nos dois capítulos precedentes, focalizados na delimitação dos macrocenários da Contemporaneidade, do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica, deságuam na apreciação do trabalho em Saúde Mental. Estas questões, no entanto, quedam-se agora municiadas com ferramentas oriundas deste último capítulo, emergindo assim dentro de um aparato conceitual acerca do exercício do trabalho.

Por meio das bases teóricas cedidas pela psicossociologia francesa, pela discussão do trabalho em Saúde e pelo estudo das particularidades do trabalho em Saúde Mental brotam matrizes de interpretação capazes de operacionalizar a investigação de muitas questões aventadas anteriormente. Por exemplo, através dos aportes realizados por esse capítulo, surgem novos subsídios para discutir a capacidade dos ideais da Reforma Psiquiátrica servirem, mesmo diante da desqualificação profissional do SUS, como um pólo de identificação que possibilite o estabelecimento de um projeto coletivo e um imaginário motor. Da mesma forma, o presente capítulo auxilia a análise da composição do vínculo subjetivo do profissional com sua instituição, da dinâmica das equipes multiprofissionais, das formas de organização do trabalho e da própria relação usuário-profissional de Saúde, qualificada em sua dimensão intersubjetiva e atrelada ao imaginário dos profissionais acerca de seu papel institucional, dos usuários e dos objetivos do tratamento.

## 5 - MÉTODO

### 5.1- Caracterização geral do método

Este capítulo tem por desígnio mostrar o delineamento metodológico que permitiu a consecução dos objetivos e a avaliação das hipóteses da pesquisa, sempre usando como pano de fundo a fundamentação teórica já apresentada. Engloba, nesse sentido, a caracterização geral do método, a descrição do universo da pesquisa e a exposição das estratégias de investigação. Ademais, revela os parâmetros utilizados para a análise do material empírico e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa.

De antemão, é mister sinalizar que este estudo configura-se como uma pesquisa qualitativa. No âmbito da pesquisa qualitativa, embora existam variadas estratégias metodológicas, todas se apóiam na pressuposição de que há uma relação dinâmica e inseparável entre o mundo real e a subjetividade dos atores (MINAYO *et al.*, 2005), de guisa que os fenômenos analisados emergem atravessados pelas múltiplas e complexas formas a partir das quais os sujeitos doam sentido àqueles. As investigações orientadas pela abordagem qualitativa investem na capacidade de compreensão do mundo e fiam-se, assim, na interpretação dos significados que circulam em torno da experiência humana, sempre na forma de uma leitura da realidade e não como a elucidação de sua essência. Conforme define Alves-Mazzotti e Gewandsznajder,

[...] a principal característica das pesquisas qualitativas é o fato de que estas seguem uma tradição 'compreensiva' ou interpretativa. Isto significa que essas pesquisas partem do pressuposto de que as pessoas agem em função de suas crenças, percepções, sentimentos e valores e que seu comportamento tem sempre um sentido, um significado [...]. (ALVES-MAZZOTTI ; GEWANDSZNAJDER, 1998, p.131)

González Rey, por sua vez, diante das múltiplas concepções que recebem o rótulo de pesquisa qualitativa, preferiu trabalhar por meio das delimitações epistemológicas que embasam esta última. O autor destaca inicialmente que a

[...] epistemologia qualitativa defende o caráter construtivo e interpretativo do conhecimento, o que de fato implica compreender o conhecimento como produção e não como apropriação linear de uma realidade que se nos apresenta. (GONZÁLEZ REY, 2005, p.5)

Essa conformação da pesquisa qualitativa se, por um lado, traz benefícios e aumenta possibilidades de análise, encontra, por outro, algumas restrições em seu poder heurístico, quais sejam, a dificuldade de generalização dos resultados e os obstáculos na produção de inferências válidas do ponto de vista estatístico (APPOLINÁRIO, 2006). Contudo, ela fornece, face suas especificidades, generalizações conceituais/analíticas, tipologias, matrizes de análise e construções teóricas que podem ser utilizadas em outros contextos que transcendem a pesquisa original.

No caso desta pesquisa, elegeu-se um método exclusivamente qualitativo, em função não só dos objetivos da mesma, mas também pelo enfoque teórico-metodológico usado, a saber, a psicossociologia francesa, apresentada no capítulo precedente. A psicossociologia francesa concebe as organizações como sistemas dinâmicos, complexos e multifacetados, enfatizando a dinâmica intersubjetiva das práticas organizacionais. Em sua vertente clínica, a psicossociologia francesa parte do princípio de que as imagens e as representações emergentes em uma organização não figuram como contrapartida especular de um mundo exterior e tangível, mas, ao contrário, elas mostram os sentidos que fecundam e integram visceralmente a própria realidade. Por essa razão nunca retratam a organização de modo unívoco e global, traduzindo, portanto, recortes flutuantes, parciais e plurais daquela (LÉVY, 2001). Nesta linha, a psicossociologia francesa supõe que a relação do pesquisador com seu objeto de estudo e com os atores sociais não produz precisamente dados, mas sim produtos, que são resultados do processo de análise dessa realidade em seus variados níveis (SÁ, 2005).

Dentro dos diversos desenhos metodológicos englobados na seara da pesquisa qualitativa, este estudo delinea-se como uma pesquisa de campo, valendo-se como universo de investigação de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), dado que a presença *in situ* do pesquisador configurou-se como a forma mais apropriada para captar os fenômenos em tela nesta dissertação. O objeto típico de um estudo de campo é a vida real e cotidiana de seus participantes, investigadas a partir das

experiências, vivências, valores e atitudes que afetam o dia-a-dia destes últimos. Este contato mais próximo com os fenômenos *in natura* permite ao pesquisador um envolvimento mais concreto com os fenômenos sociais e organizacionais em progresso.

## 5.2 - Universo da pesquisa

A escolha de um CAPS como campo da pesquisa encontra respaldo no fato de que tal modalidade de assistência surgiu como fruto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, afigurando-se como um dos símbolos mais proeminentes da nova política de Saúde Mental do país. Em acréscimo, os CAPS são considerados oficialmente os serviços organizadores da rede assistencial brasileira, condição que credita ao dispositivo uma posição de centralidade no campo da Saúde Mental e que o transforma em um sítio privilegiado de estudo. Por conseguinte, o estudo do funcionamento dos CAPS traz consigo reflexões importantes para o avanço das propostas assistenciais neste campo.

As principais características dos CAPS já foram trabalhadas no capítulo três. Cabe aqui somente recordar que os CAPS são serviços de Saúde Mental destinados a acolher pacientes com transtornos mentais graves, sendo criados como alternativa ao modelo hospitalocêntrico que antes ditava o cuidado em Saúde Mental. Os CAPS, por meio da atuação de uma equipe multiprofissional, prestam atendimento aos seus usuários objetivando a inserção social dos mesmos e a prestação de atendimento clínico adequado às necessidades dessa clientela (BRASIL, 2004).

O CAPS escolhido como universo da pesquisa foi o CAPS Arthur Bispo do Rosário, situado na zona oeste da cidade do Rio de Janeiro e, mais especificamente, dentro dos limites do Complexo Juliano Moreira. Este amplo complexo de serviços, uma das instituições psiquiátricas mais tradicionais da cidade do Rio de Janeiro e do Brasil, hoje abriga, em sua vastidão, diversos dispositivos de Saúde Mental, a maior parte deles sob a guarda do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira (IMASJM).<sup>89</sup> A escolha do CAPS Bispo do Rosário para a consecução desta pesquisa vincula-se, em

---

<sup>89</sup> A história e a situação atual do Complexo Juliano Moreira serão detalhadas no próximo capítulo.

primeiro lugar, ao fato do mesmo ser um serviço já consolidado em seu território, tanto pelo seu tempo de funcionamento (foi inaugurado em 1998) como por ser a referência regional no tipo de atendimento que presta. Além disso, é um serviço que conta com uma equipe multiprofissional e oferta a sua clientela as modalidades assistenciais prescritas pelas políticas públicas da área, emergindo, em função deste alinhamento, como um *locus* que reúne condições para o estudo pretendido. Outro fator que não pode ser esquecido é a maior facilidade de acesso a esse CAPS, dado que fui estagiário no Complexo Juliano Moreira, ainda que não estivesse lotado precisamente neste CAPS.

### 5.3 - Estratégias de investigação da pesquisa de campo

Orientada pelas questões apresentadas neste estudo, a opção metodológica apropriada foi recorrer a mais de uma estratégia de investigação, uma vez que, deste modo, tornou-se mais factível compreender os intrincados processos ali presentes, principalmente a partir do cruzamento de informações oriundas de diferentes fontes. Duas estratégias foram privilegiadas nesta pesquisa: a observação participante e as entrevistas semi-estruturadas.

A entrada no campo foi precedida por uma apresentação do projeto de pesquisa, o que ocorreu em junho de 2007 durante uma reunião da equipe do CAPS. Entrementes, o CAPS autorizou formalmente a efetivação da pesquisa de campo em suas dependências e foram explicitados os objetivos e as estratégias de investigação da mesma. Este momento serviu para instituir um vínculo inicial com os profissionais e com a coordenação do CAPS, fornecendo uma visão geral do projeto, dirimindo dúvidas acerca do mesmo e consolidando o compromisso ético de devolutiva dos resultados.

O período de pesquisa de campo estendeu-se do dia 06/08/07 até 17/09/07 e, no total, foram realizadas aproximadamente 20 visitas ao CAPS Bispo do Rosário. Assim, cumpre notar que o material discutido adiante no capítulo de resultados reflete estritamente a dinâmica do serviço neste período. A maior parte das visitas ao serviço propiciou o acompanhamento da rotina e das atividades ao longo de

um dia inteiro de funcionamento; no entanto, em outras ocasiões, a presença do pesquisador limitou-se a um dos turnos de trabalho (manhã ou tarde).

### Observação Participante

A realização de uma observação participante, na perspectiva teórico-metodológica aqui adotada, reporta-se à proposta de imersão no mundo empírico do estudo de campo, movimento que abre brechas para o contato do pesquisador com seu objeto de análise e que faculta sua interação com os sujeitos em questão. É nessa condição de observação, implicado pelas diferenças e pelas semelhanças que o ligam a este objeto<sup>90</sup>, que o pesquisador faz registros e interpreta o campo à sua volta.

A observação participante acopla-se a diferentes fenômenos, tais como os comportamentos de um indivíduo, a dinâmica de um grupo social ou ainda o modo de funcionamento de uma organização, entre outras possibilidades. De todo modo, ao colocar o pesquisador *vis-à-vis* aos fenômenos pesquisados, possibilita àquele não apenas um contato imediato e franco com o universo da pesquisa, mas, igualmente, à contemplação de diversas situações e fenômenos normalmente imprevistos nas suas hipóteses e formulações teóricas iniciais. Por isso, muito além de propiciar a descrição de cenas e do cotidiano dos processos em questão, essa estratégia é fundamental para a formulação de apontamentos e conclusões que conseguem, minimamente, levar em conta a riqueza de possibilidades que surgem do inesperado. Momento rico da pesquisa, as observações concedem informações que frequentemente não são capturadas pelas entrevistas, pois, ao construírem uma ponte direta entre campo e pesquisador, não passam pela interpretação ou vieses dos entrevistados, chocando-se diretamente com a subjetividade daquele.

As informações fornecidas por uma observação participante estão, em grande medida, atreladas à própria dinâmica do campo e aos rumos tomados pela investigação. Todavia, no caso desta pesquisa, alguns eixos de análise foram *a priori* definidos, como forma de balizar minimamente a entrada no

---

<sup>90</sup> Vide Barus-Michel (2004) para uma discussão sobre a implicação do pesquisador como um recurso de análise dos objetos estudados.

campo. Estes pontos, que podem ser consultados em anexo, foram investigados também pelas entrevistas e operaram como norteadores gerais da pesquisa de campo.

De toda forma, cabe pôr em tela as atividades tomadas como foco da observação participante a fim de fornecer um quadro geral das rotas percorridas pela pesquisa de campo. Com a anuência da coordenação e dos profissionais do CAPS, a observação participante centrou-se na atuação dos profissionais no fluxo de usuários, no brechó do serviço, na assembléia de usuários, no grupo de referência e na reunião de equipe/supervisão, processos que serão analisados ulteriormente. Todas essas atividades, afora o fluxo de usuários, foram observadas em uma ocasião e a proximidade com as mesmas trouxe subsídios essenciais para apreender a dinâmica do trabalho em Saúde Mental em suas dimensões simbólica, imaginária e organizacional, focos desta dissertação.

Transcorrendo sem nenhum tipo de incidente, todo o período de campo foi envolvido por uma boa receptividade dos profissionais, situação que concedeu bastante tranquilidade para a realização da pesquisa. À medida que os primeiros dias da pesquisa foram vencidos, a relação com os técnicos tornou-se mais estreita e surgiram convites para a observação de práticas que não estavam previstas originalmente, como foi o caso do brechó do serviço e do grupo de referência.

No conjunto de atividades observadas, o procedimento de pesquisa não incluiu nenhum tipo de intervenção direta<sup>91</sup> por parte do pesquisador junto aos usuários ou aos profissionais do serviço, configurando-se estritamente como uma observação das mesmas. Toda a observação de campo foi acompanhada por um diário de campo, no qual foram transcritas as percepções relativas ao cenário da pesquisa. Este instrumento se presta, em grandes linhas, ao processo de sistematização da observação participante, além de proporcionar um registro mais pormenorizado e acurado das vivências do pesquisador, funcionando, *a posteriori*, como insumo precioso para a elaboração das conclusões do estudo de campo.

Ao longo deste período, cabe notar, a observação participante não esteve isenta do movimento constante de contrastar os dados transbordados da *empíria* com os pressupostos teóricos iniciais. Na

---

<sup>91</sup> Reconhece-se, no entanto, que a presença do pesquisador é, em si, uma intervenção indireta.

verdade, o confronto do empírico com o teórico é aquilo que fertiliza toda e qualquer pesquisa. Nessa dialética, o empírico pode desenvolver ou trazer novos elementos para a discussão teórica e para as hipóteses iniciais, assim como a teoria pode modular a percepção dos fenômenos empíricos. Partiu-se da proposição de que a teoria não deve submeter o empírico absolutamente à sua conformação; inversamente, vale destacar que a teoria é imprescindível para conduzir o estudo do empírico (GONZÁLEZ REY, 2005).

### Entrevistas individuais semi-estruturadas

Na abordagem aqui adotada, a situação de entrevista é vista como uma forma de impelir o entrevistado a construir uma narrativa frente às questões do pesquisador que, via de regra, acaba lançando aquele na busca de sentidos para sua experiência. No caso específico de organizações, as entrevistas expressam não só os sentidos, os valores e as atitudes do entrevistado em sua individualidade, mas colocam este na condição de porta-voz daquela formação social, sendo possível assim a apreensão de elementos compartilhados pela coletividade. Deste modo, as entrevistas geram a possibilidade do pesquisador entrar em contato com a constelação de valores e crenças comuns a um grupo social, assim como permite compreender os elementos imaginários e simbólicos que atravessam este mesmo grupo.

A técnica semi-estruturada é a referência para a consecução das entrevistas no presente estudo. Esta implica a existência de um roteiro geral de indagações e/ou temas a serem estudados pelo pesquisador, mas sem que o mesmo imponha amarras ao desenvolvimento da conversação ou uma rigidez excessiva no percurso da entrevista. Corresponde, portanto, a um discurso livre do entrevistado, ainda que este seja orientado por algumas questões-chaves pré-definidas. Tal premissa faculta o desenvolvimento mais fluido da entrevista, facilitando o vínculo entre pesquisador-participante. Em consequência, há maior possibilidade de emergirem temas que transcendem o roteiro inicial, o que pode ser de grande valia para a pesquisa, enriquecendo-a.

Trazendo elementos que podem se somar às informações provenientes da observação participante, a entrevista completa esta última, posto que a narrativa faz emergir representações, imagens e sentimentos sobre a situação vivida pelos sujeitos. Vale lembrar, todavia, que a entrevista é, antes de tudo, uma situação social e intersubjetiva, de forma que há necessariamente interação e influências recíprocas. Nessa interação, a presença do pesquisador não pode ser negligenciada como um fator que modula o discurso veiculado pelo entrevistado.

De qualquer forma, é mister demarcar que a interação entre o entrevistador e entrevistado não pode ser vista como um obstáculo para a pesquisa, ao revés, ela é um facilitador na aproximação do pesquisador com suas questões de interesse. Assim, a proposta não é minimizar e nem pasteurizar o momento da entrevista, e sim, concebê-la como fundamental e singular. Cabe afirmar que todo o processo da pesquisa, especialmente as entrevistas, foi realizado sempre com a devida observância de questões éticas, incluindo a mitigação de qualquer desconforto possivelmente sentido pelo entrevistado.<sup>92</sup>

No caso desta pesquisa, há dois critérios formais para a seleção dos entrevistados do CAPS:

- a) estar envolvido diretamente nas práticas assistências, excluindo-se assim funcionários de apoio, como aqueles responsáveis pela limpeza e pela alimentação.
- b) trabalhar há pelo menos um ano no CAPS Bispo do Rosário, tempo que fornece maior capacidade reflexiva e narrativa sobre o serviço.

Dentro desses parâmetros, existe um único critério de exclusão que se refere à possibilidade do profissional recusar o convite para ser entrevistado. O conjunto de entrevistas abrangeu profissionais de nível superior e de nível médio, oriundos de diferentes formações profissionais. A entrevista com a coordenadora do CAPS abarcou aspectos ligados à gestão, sendo direcionada, portanto, por um roteiro específico.<sup>93</sup> Entretanto, esse roteiro específico não se furtou a investigar questões ligadas ao exercício

---

<sup>92</sup> Os princípios éticos que guiaram a pesquisa são assinalados mais adiante, na seção intitulada *Aspectos Éticos*.

<sup>93</sup> Todos os roteiros utilizados nas entrevistas estão dispostos no anexo desta dissertação.

das práticas assistenciais, posto que a coordenadora não restringe sua atuação à gestão, atuando também diretamente no cuidado dos usuários.

Salvaguardadas as condições de seleção dos participantes assinaladas acima, o serviço dispunha de 11 profissionais elegíveis para a entrevista, de sorte que, ao término da pesquisa de campo, oito profissionais foram entrevistados<sup>94</sup>, quantitativo próximo ao próprio universo da pesquisa. Nas últimas entrevistas, notou-se a saturação dos temas investigados, o que avalizou o uso do critério de “saturação” ou “exaustão” de Bertaux (1997).<sup>95</sup> Todos os técnicos foram entrevistados uma vez, excetuando a coordenadora do serviço, partícipe de duas entrevistas. A primeira destas entrevistas ocorreu durante a pesquisa de campo e a segunda foi realizada cerca de três meses depois, com o fito de buscar informações complementares sobre o funcionamento do CAPS, necessidade surgida depois do início da análise do material empírico.

No curso da pesquisa de campo, dois novos informantes foram incluídos no conjunto de entrevistas, mesmo fugindo dos critérios iniciais de seleção dos entrevistados: um membro do Centro de Estudos do IMASJM e a primeira coordenadora do CAPS.<sup>96</sup> A inclusão desses novos participantes encontra aval na preocupação de conhecer melhor a história do serviço, visto que ambos a testemunharam. Essa medida justifica-se ainda mais na medida em que não foi possível entrevistar profissionais do CAPS que tenham presenciado sua inauguração e seus primeiros passos.<sup>97</sup> A tabela abaixo descreve a distribuição dos entrevistados por meio de suas respectivas profissões:

---

<sup>94</sup> Este número de profissionais entrevistados inclui a coordenadora do serviço.

<sup>95</sup> De acordo com critério, o pesquisador deve ter a intenção de incluir em seu estudo um conjunto de variações que possibilitem a reconstituição do objeto de pesquisa no material empírico. Usando essa premissa, a pesquisa continua até que as estratégias de investigação passem a não acrescentar dados novos, indicando a saturação do campo.

<sup>96</sup> Fica registrado também que duas estagiárias foram entrevistadas, posto que no momento de apresentação da pesquisa para o serviço o critério de tempo de vinculação ao CAPS era de seis meses. No entanto, esse critério foi modificado e as falas de ambas não foram incluídas na análise.

<sup>97</sup> Na verdade, na ocasião da pesquisa de campo havia apenas um profissional remanescente dos primórdios do serviço. E este optou por não conceder entrevista.

TABELA 1 – Quantidade de técnicos entrevistados na pesquisa de campo no CAPS Bispo do Rosário por grupamento e profissão. Brasil, 2007.

Grupamento	Descrição profissional	Quantidade
Equipe Técnica	Psicólogo	2
	Psiquiatra	2
	Terapeuta Ocupacional	1
	Musicoterapeuta	1
	Auxiliar de enfermagem	2
	<b>Total equipe técnica</b>	<b>8</b>
Informantes externos	Primeira coordenadora do CAPS	1
	Membro do Centro de Estudos IMASJM	1
	<b>Total informantes externos</b>	<b>2</b>
<b>Total</b>	-	<b>10</b>

No que concerne aos procedimentos para a realização das entrevistas, estas foram introduzidas por uma explicação da proposta da pesquisa, pela justificativa da escolha do participante e pela garantia de seu anonimato. Após o beneplácito do profissional em conceder a entrevista, iniciava-se a conversação a partir dos temas propostos pelo roteiro pré-estabelecido. Contudo, a evolução da entrevista sempre conduzia a uma atualização do roteiro fundada na avaliação das potencialidades de diálogo (SCHRAIBER, 1995), considerando a articulação daquilo que emergia com o objeto da pesquisa.

As entrevistas foram individuais e realizadas no próprio local de trabalho, usando como locação os consultórios, a biblioteca ou o pátio da instituição. Sua duração média foi de aproximadamente uma hora e em quase todas as entrevistas ocorreram interrupções em função do dinamismo do serviço, mas sem que isso causasse nenhum prejuízo maior. Solicitou-se o uso do gravador e todos os entrevistados consentiram com sua utilização. Ao término da entrevista, o entrevistado era convidado a fazer uma avaliação geral da mesma e cedia-se a ele um espaço final, caso quisesse fazer algum acréscimo na sua fala anterior.

Na exposição dos trechos das entrevistas, os profissionais são identificados apenas por uma letra (PROFISSIONAL A, PROFISSIONAL B, etc.), expediente que preserva o anonimato dos mesmos sem que o leitor perca a possibilidade de acompanhar o posicionamento de cada entrevistado nas diversas temáticas abordadas na pesquisa de campo. Exceção feita à atual coordenadora do CAPS, à primeira

coordenadora do CAPS e ao membro do Centro de Estudos, que são identificados em suas respectivas funções visto que estes participantes ocupam ou ocuparam posições institucionais diferenciadas.<sup>98</sup>

## 5.4 - Aspectos Éticos

A descrição do método dessa pesquisa abraça também considerações acerca da dimensão ética que a envolve. Nesse sentido, firmou-se o compromisso de proceder com a observação participante e com as entrevistas previstas na pesquisa de campo sempre com a devida observância das premissas e exigências éticas, tais como: a ponderação dos riscos e benefícios, a relevância social da pesquisa para os participantes, seu consentimento em participar da pesquisa, o uso de procedimentos que garantam a sua confidencialidade e a privacidade, além da evitação de qualquer desconforto ou mal-estar possivelmente sentido pelos mesmos (BRASIL, 1996).

Servindo como etapa obrigatória para a consecução da pesquisa de campo, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz (CEP/Fiocruz) e ao Comitê de Ética em Pesquisa do IMASJM (CEP/IMASJM), comitê de referência para o CAPS em questão. Ademais, conforme referido anteriormente, o projeto foi apresentado aos profissionais e à coordenação do CAPS, possibilitando assim o surgimento de um espaço para esclarecimentos sobre a pesquisa. Somente após receber o aval dos dois comitês de ética e a autorização dos profissionais e da direção do CAPS, a pesquisa de campo encetou.

Precedendo todas as entrevistas e práticas observadas, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido<sup>99</sup> foi lido e assinado, de maneira que o objeto da pesquisa foi exposto e o anonimato dos participantes, afiançado. Uma cópia permaneceu com os participantes, firmando o compromisso ético entre estes e o pesquisador. O material gravado durante as entrevistas ficará em guarda exclusiva do pesquisador por dois anos, sendo então destruído. Finda a pesquisa, este pesquisador compromete-se a

---

<sup>98</sup> A possibilidade de identificação desses entrevistados com posição diferenciada foi contemplada no Termo de Confidencialidade assinado pelos mesmos. Conferir mais detalhes sobre aspectos éticos a seguir.

<sup>99</sup> O conteúdo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) usa como base as exigências assinaladas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que versa sobre as diretrizes e normas que regulam eticamente as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). Conferir os TCLEs em anexo.

promover a devolução dos resultados de seu estudo para o CAPS. Este compromisso figura como parte importante do processo de pesquisa, porquanto permite aos participantes refletirem sobre a análise realizada, servindo assim como subsídio para a produção de novas elaborações sobre as práticas de Saúde Mental ali desenvolvidas.

## 5.5 - Plano de análise do material empírico

A análise dos dados efetivou-se, em um primeiro momento, por uma leitura flutuante das entrevistas transcritas e das anotações do diário de campo, sempre direcionada pelo intercâmbio de informações entre essas duas estratégias de investigação. Considerando o delineamento proposto no projeto de pesquisa, procedeu-se com a identificação dos elementos mais relevantes do *corpus* que foram, posteriormente, agrupados e sistematizados.

Em linhas gerais, a análise do material empírico coletado pelas estratégias de investigação foi baseada:

- No objeto, no problema e nos objetivos da pesquisa, traduzidos nas questões propostas para a observação participante e para a realização das entrevistas.
- Nos referenciais teóricos e conceituais da pesquisa, mormente na ressonância destes sobre as falas, diálogos e cenas cotidianas observadas na pesquisa de campo e nas entrevistas.
- Na comparação e cruzamento das informações coletadas por todas as estratégias de investigação.

Ainda que o balizamento inicial do projeto de pesquisa tenha norteado o estudo de campo, este não serviu de impedimento para a emergência de novos temas de investigação oriundos daquele. De fato, já na mais preliminar análise dos dados coletados foi possível vislumbrar em que medida as informações advindas da observação de campo e das entrevistas transcendiam alguns apontamentos do projeto de pesquisa, no mesmo movimento em que ressignificavam outros.

## 6 - CAPS BISPO DO ROSÁRIO E A DINÂMICA DO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: OS CONTORNOS E AS SOMBRAS DA ASSISTÊNCIA

### 6.1 - Complexo Juliano Moreira: entre o passado e o presente da assistência em Saúde Mental

As indagações e inquietações teóricas que salpicaram os capítulos precedentes ganham materialidade no estudo de campo. Conforme exposto *supra*, a escolha do *locus* recaiu sobre o CAPS Bispo do Rosário, serviço situado no Complexo Juliano Moreira<sup>100</sup>, em Jacarepaguá, bairro da Zona Oeste da cidade do Rio de Janeiro.

Na forma de preâmbulo à descrição dos resultados, um resumido rodeio histórico impõe-se a fim de posicionar a leitura vindoura nas corretas balizas, fundamentando-a. Sendo assim, registra-se em rápidas palavras que o espaço atualmente ocupado pelo Complexo Juliano Moreira era sede, nos longínquos séculos XVIII e XIX, de um dos mais antigos engenhos de cana de açúcar de Jacarepaguá, o Engenho de Nossa Senhora dos Remédios que, posteriormente, passou a ser conhecido como Engenho Novo da Curicica (REBOUÇAS, 2001).

Algumas construções dos tempos do engenho resistiram ao tempo e são tombadas pelo Patrimônio Histórico Nacional, como o aqueduto que trazia água ao local. Junto ao aqueduto, outras edificações seculares como a igreja de Nossa Senhora dos Remédios e o chafariz perfazem um conjunto arquitetônico que, além de demonstrar as feições desse passado distante, confere ao local tom histórico e nostálgico.

---

<sup>100</sup> Antes de prosseguir, uma distinção terminológica em prol da consistência do texto: A expressão “Colônia Juliano Moreira” refere-se ao antigo nome do macrohospital, cujas terras abrigam as atuais instalações do CAPS Bispo do Rosário. Essa instituição, como será enunciado adiante, fragmentou-se na década de 1990, sendo que o lugar é ocupado hoje por algumas instituições formalmente independentes entre si como o próprio CAPS e o Instituto Municipal de Assistência a Saúde Juliano Moreira (IMASJM). Utiliza-se o termo “Complexo Juliano Moreira” para designar atualmente o conjunto de serviços existentes no local que, mesmo independentes do ponto de vista formal, estão muito próximos física e administrativamente.

Essas mesmas edificações assistiram, nos idos de 1924, à desapropriação das terras do antigo engenho, terras estas que acabaram abrigando, sob a batuta do governo federal, a constituição da Colônia de Alienados de Jacarepaguá. É correto situar, antes de tudo, que a emergência desta colônia deriva de um momento de transitividade nas políticas e nas práticas assistenciais da psiquiatria da época. Neste momento de viragem teórica no Brasil, presidida pelo eclipse parcial da psiquiatria alienista tradicional e pela efetivação de um tratamento ergoterápico de cunho rural, a Colônia de Alienados de Jacarepaguá foi assim sustentada em novos e doutos alicerces teóricos. Estes, além da internação, advogavam o trabalho, especialmente em hospitais-colônias, como ferramenta principal para a recuperação dos loucos, asserção esta comprovada pelo mote *praxis omnia vincit*<sup>101</sup>, reluzente até hoje em sua entrada principal.

Sua criação, ao compasso, inscreveu-se na necessidade de acolher pacientes de outras instituições asilares, tendo em vista especialmente as inadequadas condições de funcionamento da Colônia de Alienados da Ilha do Governador e a superlotação do Hospital Nacional dos Alienados, na Praia Vermelha. Resposta premente à demanda por novas instalações psiquiátricas, a Colônia de Jacarepaguá teve sua construção justificada à sombra tanto de uma questão de ordem prática - suscitada pelos problemas das outras instalações psiquiátricas - quanto da assunção de premissas teóricas que, em seu conjunto, simbolizavam uma nova concepção de tratamento à loucura (LOUGON, 2006).

Esse novo modelo assistencial, que grassou nos círculos acadêmicos e na política pública brasileira no início do século XX, notoriamente sob o patrocínio de Juliano Moreira<sup>102</sup>, surgia no horizonte com ares de inovação frente aos asilos estritamente fechados do século precedente e tinha como par privilegiado a Higiene Mental. Com efeito, a Colônia de Alienados de Jacarepaguá foi inaugurada apenas dois anos após a fundação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) e, de acordo com Lougon (2006), seu isolamento do restante da cidade servia, entretanto, para concretizar os ideais da LBHM, na medida em que insulava os loucos, bloqueando sua hereditariedade e propagação pela sociedade.

---

<sup>101</sup> A prática (o trabalho) sempre vence - tradução livre.

<sup>102</sup> Na época, Diretor Geral de Assistência dos Alienados do governo federal.

O encaminhamento de pacientes para a Colônia de Alienados de Jacarepaguá, de fato, tinha o critério sócio-econômico como um de seus pilares, de modo que sua clientela era formada sobejamente pelos estratos mais pobres e de menor escolaridade da cidade. Outro critério era a cronicidade dos pacientes, o que imputou à Colônia certa vocação para prestação de serviços a pacientes “incuráveis”, rebotalho dos pacientes psiquiátricos da cidade e que lá eram internados às abadas. Neste sentido, a Colônia foi atravessada por um imaginário que a simbolizava como lugar de marginalização, um abrigo distante e conveniente para os pacientes com menores perspectivas de melhoria, mesmo diante da desesperança costumeira nos quadros de loucura. Esta moldura de desvalorização, que pouco arrefeceu nas décadas subseqüentes, todavia, não era exclusividade dos pacientes ali assistidos. Lougon (2006), ao estudar o hospital na década de 1980, encontrou representações que o desnudavam como um espaço asilar, tecnicamente anacrônico e eticamente injusto, isto é, os técnicos e o trabalho realizado também foram envolvidos por representações negativas.

Apostando na função benfazeja do trabalho na recuperação dos loucos, a Colônia de Alienados de Jacarepaguá (emparelhada com os preceitos que dirigiam o modelo de tratamento das colônias em geral) ainda punha na ribalta a tese de que seus internos poderiam ser ressocializados através do convívio com pessoas consideradas normais e moralmente idôneas. Em conseqüência disto, as famílias dos empregados eram atraídas para a vida na Colônia e adotavam os internos em suas casas, por um lado, visando à mitigação das características carcerárias e coercitivas do asilo e, por outro, promovendo nos pacientes a internalização de ensinamentos normativos e padrões morais aprovados pela psiquiatria (MILAGRES, 2002). Circunscrevia-se, assim, a estrutura da assistência hetero-familiar. Exemplar é a citação de Juliano Moreira sobre o assunto:

Anexo ao hospital-colônia, em seus limites, deve o governo construir casinhas higiênicas para alugar às famílias dos bons empregados que poderão receber pacientes susceptíveis de serem tratados em domicílio. Far-se-á assim assistência familiar. Se nas redondezas da colônia houver gente idônea a quem confiar alguns doentes poder-se-á ir estendendo essa assistência hetero-familiar. (MOREIRA, 1910 apud DELGADO ; VENÂNCIO, 1989, p.7)

Se o tratamento hetero-familiar não ocorreu precisamente nos moldes previstos (DELGADO ; VENÂNCIO, 1989), ficando aquém das expectativas, certamente determinados resquícios dessa configuração ainda subsistem, como expresso no número razoável de funcionários que ainda moram nas terras da Colônia<sup>103</sup>, comumente filhos ou parentes dos funcionários originais.

Em meados da década de 1930, a Colônia de Alienados de Jacarepaguá foi rebatizada como Colônia Juliano Moreira, com o intuito de prestar homenagem a um de seus artífices. Esta denominação continua bastante viva no corpo de usuários, técnicos e nas comunidades adjacentes, porquanto acompanhou por decênios o funcionamento da instituição. Transbordam as fronteiras dessa dissertação considerações mais densas sobre a travessia da Colônia Juliano Moreira pelo século XX, cumprindo observar tão-somente seus ciclos de expansão (como nas décadas de 1930 e 1950) e de declínio (como na década de 1970), este último acompanhando a desvalorização da rede pública de Saúde, como advogado por Milagres (2002) em sua obra. Neste percurso, convém notar a sedimentação do imaginário de desvalorização que apontava para a incurabilidade dos pacientes e para a inadequação das práticas assistenciais.

Por seu turno, a década de 1980 ganhou um capítulo especial na história da Colônia. As denúncias de maus tratos aos pacientes ventiladas na imprensa, bem como a redemocratização do país, ensejaram naquela ocasião um ambiente suscetível a mudanças no horizonte assistencial. De permeio, as proposições da Reforma Psiquiátrica, em especial de raiz basagliana, ganharam viço e imiscuíram-se nos serviços, formando paulatinamente um processo de abertura e mudança administrativa (LOUGON, 2006).

Forjadas no calado desse movimento, ações como a extinção da eletroconvulsoterapia, o fechamento dos “quartos-fortes”, a proibição de novas internações e a constituição do Centro de Reabilitação e Integração Social (CRIS) e do Hospital Municipal Jurandyr Manfredini (HMJM) traduzem lufadas de uma outra proposta assistencial. O CRIS funciona como uma unidade de transição para os usuários, um serviço que faz o elo entre a internação e a vida na comunidade. Fundando sua

---

<sup>103</sup> Hodiernamente, sob determinado ponto-de-vista, este espaço pode ser considerado um bairro.

atuação na proposta de oficinas de trabalho remunerado, o serviço ressalta a importância do trabalho na (re)construção da identidade social, abrindo sulcos para a saída dos usuários do Complexo Juliano Moreira. Nesse sentido, os usuários podem ter como destino uma moradia externa, o retorno à própria família, a ida para uma família adotiva, ou mesmo os serviços residenciais terapêuticos (MILAGRES, 2002). Naquele momento, a criação do HMJM foi outra iniciativa que ganhou extrema relevância na paisagem da então Colônia Juliano Moreira. Especializado em emergências e pacientes agudos, este se tornou o hospital de referência de Saúde Mental da região e ostenta posição de destaque no próprio surgimento do CAPS Bispo do Rosário, como será possível verificar posteriormente. Essas realizações funcionaram como atos simbólicos e políticos, cujos efeitos transcenderam o âmbito de uma reatualização técnico-assistencial, desaguando na formulação de uma nova concepção de tratamento.

Na segunda metade da década de 1990, a Colônia, junto com outras unidades de Saúde Mental da cidade do Rio de Janeiro, sofreu um processo de municipalização, tributário em parte da proposta de descentralização do SUS. Com a municipalização, o complexo hospitalar foi desmembrado em três instituições administrativamente independentes: o Instituto Municipal Juliano Moreira (IMASJM), que abrigou os internos remanescentes da Colônia, o HMJM, pólo de emergência psiquiátrica local e o Hospital Municipal Álvaro Ramos, estabelecimento de clínica médica de referência para a região. Desde então, outros serviços de Saúde Mental deitaram ali suas raízes - como o próprio CAPS Bispo do Rosário e o CAPSI Eliza Santa-Roza - e o HMJM foi incorporado ao IMASJM, ficando sob sua gestão.

A instalação do CAPS e do CAPSI no Complexo Juliano Moreira coroou um processo de afiliação à Reforma Psiquiátrica cujo início data da década de 1980. Entretanto, malgrado a evolução assistencial/administrativa e o empenho dos atuais profissionais em prol da Reforma Psiquiátrica, cerca de 600 pacientes da antiga Colônia perduram nos cinco núcleos de longa permanência do IMASJM. Estes núcleos conservam características físicas bastante próximas ao modelo asilar - como a arquitetura pavilhonar - e situam-se dispersos na desmesurada área de sete milhões de metros quadrados do Complexo Juliano Moreira, equivalente ao tamanho de alguns bairros cariocas. Aliados a esses serviços, compõem o amálgama de instalações do IMASJM o Museu Artur Bispo do Rosário, que expõe obras de

diversos artistas assistidos na instituição, o Clube de Lazer, área de recreação para os internos e para a comunidade em geral, e o CRIS, citado anteriormente.

Passados mais de 80 anos, o Complexo Juliano Moreira, embora já esteja relativamente integrado à malha urbana dos bairros vicinais, como atestam suas ruas com (algum) tráfego de automóveis e as invasões das comunidades contíguas, ainda mantém a aparência rural e bucólica, graças à imensa área verde, à dispersão das construções e à distância frente outras regiões da cidade. Ao visitar o local, notar-se-á que as antigas construções do engenho, a vocação agreste do hospital-colônia, a arquitetura dos pavilhões e as iniciativas da Reforma Psiquiátrica condensam-se no mesmo presente, emprestando ao lugar uma ambiência peculiar, condizente apenas com a mescla de suas próprias camadas de história.

## 6.2 - A implantação do CAPS Bispo do Rosário: movimentos iniciais e relações institucionais

A inauguração do CAPS Bispo do Rosário vem envolvida por uma contextura propícia, cujos efeitos em cascata concatenaram, no mesmo eixo, as transformações em âmbito nacional às mudanças na realidade local do município do Rio de Janeiro e do Complexo Juliano Moreira. Na esfera nacional, estava em pauta a consolidação da experiência dos CAPS/NAPS, sobretudo após a promulgação da portaria 224/92, que regulamentou o conjunto de dispositivos assistenciais no campo das políticas públicas de Saúde Mental, conforme discutido anteriormente.

Paralelamente, ainda no âmbito nacional, a política de Saúde Pública da década de 1990 voltou-se para a descentralização e a municipalização do SUS, como é possível notar no texto das Normas Operacionais Básicas (NOBs).<sup>104</sup> Em que pese as críticas na condução do processo, as NOBs tencionavam, *grosso modo*, o fortalecimento da capacidade gestora das instâncias subnacionais e a transferência de recursos federais para o custeio dos sistemas de Saúde locais. Ao confrontar o conteúdo das NOBs com os preceitos da Reforma Psiquiátrica, Borges (2007) desvela um desalinhamento entre os dois

---

<sup>104</sup> Especificamente refere-se à NOB 01/91, NOB 01/92, NOB 01/93 e NOB 01/96. Um bom estudo comparativo entre as NOBs dos anos 1990 pode ser encontrado em Levcovitz ; Lima ; Machado (2001).

processos, de maneira que o primeiro pouco favoreceu o estabelecimento de uma lógica territorial e substitutiva na assistência em Saúde Mental.

De todo modo, a ênfase aqui é sublinhar, como o faz Almeida (2002), que o fortalecimento do município do Rio de Janeiro na gestão da Saúde Pública neste contexto de descentralização, com efeito, incrementou as atividades da Gerência de Saúde Mental municipal. Esse cenário, debuxado na década de 1990, manifesta em seu delineamento dessemelhanças agudas diante do quadro da Saúde Mental do Rio de Janeiro nas décadas de 1960 e 1970. Neste período, o cuidado repousava sob responsabilidade praticamente exclusiva das clínicas privadas e das unidades do Ministério da Saúde, sendo as primeiras ocupadas, mormente, pela população previdenciária e cabendo às pessoas sem vínculo empregatício o encaminhamento para os hospitais públicos federais (REIS, 1995).

Somente a partir da década de 1980, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ) começa, vagarosamente, a incorporar a área da Saúde Mental em suas atribuições. Neste momento ainda incipiente, a organização do cuidado assentou-se na experiência de co-gestão entre município e o governo federal e na eleição dos ambulatorios como local privilegiado de atendimento, ainda que estes estivessem sob a supervisão técnica dos hospitais federais de cada uma das Áreas Programáticas (APs)<sup>105</sup> do município (GOMES, 1999). Nesta ocasião, foram instalados ainda pólos de emergência psiquiátrica públicos em cada uma das APs do Rio de Janeiro.

Se a década de 1980 trouxe consigo algum avanço na participação do município na organização da rede de cuidados em Saúde Mental, é na década posterior que tal processo ganha fôlego e consistência, em parte pelos reflexos da política de Saúde Pública nacional, como expresso *supra*, em parte pelas singularidades locais. Neste último aspecto, o cuidado em Saúde Mental na cidade do Rio de Janeiro sofre uma reestruturação no domínio da SMS-RJ, aclarada por Gomes (*Ibid.*) a partir de três ações principais. A primeira exprime-se na promulgação da Lei Orgânica do Município, instrumento legal que definiu os princípios da assistência na área, enfatizando a extinção progressiva de leitos manicomiais e a sua substituição por serviços intermediários como os CAPS, os hospitais-dia e os lares protegidos.

---

<sup>105</sup> As Áreas Programáticas (APs) foram concebidas em 1976 pelo Plano Urbanístico Básico do município do Rio de Janeiro e serviram para delimitar subdivisões territoriais com base na identificação de características homogêneas do espaço urbano. Hoje as APs correspondem à área de atuação das subprefeituras do município do Rio de Janeiro (GOMES, 1999).

Por sua vez, a segunda trata da reformulação organizacional que transformou a Coordenação de Programas de Saúde Mental na Gerência de Saúde Mental, alteração casada com a entrada de profissionais essencialmente comprometidos com o ideário da Reforma Psiquiátrica. *In fine*, a autora alude à realização de concurso público municipal para psiquiatras e à passagem de psicólogos da Secretaria Municipal de Educação para a Secretaria Municipal de Saúde, atos que resultaram na composição de uma equipe municipal de Saúde Mental.

O censo de pacientes internos de hospitais psiquiátricos<sup>106</sup>, perpetrado em 1995 pela Gerência Municipal de Saúde Mental, vem na popa do papel protagonista recém assumido pelo município e enceta um novo movimento de avanços na assistência. Aquele coletou e compilou dados sobre as condições clínicas, sociais, econômicas e familiares dos usuários, além de traçar um mapa da assistência no município. Configurou-se, neste sentido, como uma iniciativa estratégica e alvissareira para a reformulação do modelo hospitalocêntrico vigente, uma vez que as informações dali extraídas serviram para desenhar as necessidades da rede e planejar a alocação de serviços não-manicomiais (RIETRA, 1999 ; SILVEIRA, 2003).

O aprofundamento deste processo teve na municipalização da Colônia Juliano Moreira, em 1996, e dos hospitais psiquiátricos Centro Psiquiátrico Pedro II e Instituto Philippe Pinel, ulteriormente, um exemplo de eloqüência, dada a relevância desses serviços. Na mesma maré de reestruturação, a gestão municipal investe na construção de serviços substitutivos<sup>107</sup> ao manicômio, germinando assim o primeiro CAPS do município do Rio de Janeiro, o CAPS Irajá<sup>108</sup>, que fora inaugurado em 1996. A contundente e onipresente impressão de avanço oriunda deste marco na política municipal encontra ressalva no atraso de quase 10 anos diante da abertura do primeiro CAPS do país, em São Paulo, instaurando deste modo a sensação de ter perdido a primeira volta na roda da história. Hoje, o município do Rio de Janeiro totaliza 14 CAPS em seu território e estes, apesar de insuficientes conforme a demanda, espalham-se pelas Áreas Programáticas da Secretaria Municipal de Saúde do Rio

---

<sup>106</sup> Uma boa análise dos dados do censo é encontrada em Gomes (1999).

<sup>107</sup> A expressão *serviços substitutivos* ganha força a partir da Reforma Italiana, espelhando a criação de serviços que superem inteiramente o hospital, não figurando, portanto, como complementação ou alternativa para estes (ANAYA, 2004). No Brasil, os CAPS e outros serviços constituídos nas últimas décadas são comumente chamados de serviços substitutivos, ainda que a teia sanitária presente em sua constituição os hospitais psiquiátricos.

<sup>108</sup> Conferir Carvalho (2000) para conhecer os primeiros passos do CAPS Irajá.

de Janeiro, sendo os principais articuladores da rede de Saúde Mental em seus respectivos campos de abrangência.

Decorrente da conjuntura dos anos 1960 e 1970, a atuação tímida do ponto de vista político-administrativo do município, fartamente marcada por um sistema centralizador, pela presença do parque hospitalar do governo federal e pelo favorecimento das clínicas privadas, cedeu espaço para a formulação de ações mais incisivas por parte do governo local que, em seu círculo de atuação, impulsionou as reformas na rede municipal de Saúde Mental, malgrado a constatação de que em uma cadência mais lenta do que outras capitais do Brasil.

Dois anos após a abertura do CAPS Irajá e já inserido no *élan* de municipalização da assistência, o CAPS Bispo do Rosário abre suas portas para a população. Sua inauguração data de agosto de 1998, evento registrado na placa comemorativa presente na sala de convivência do serviço. Porém, sua trajetória começou a ser traçada alguns anos antes, no caldeirão da história da Colônia Juliano Moreira.

De acordo com o exposto na seção anterior, os ventos da Reforma Psiquiátrica da década de 1980 encontraram uma Colônia agrilhoadada por uma imagem institucional que reunia, em um só afresco, pacientes tidos como “incuráveis” e práticas profissionais entendidas como ineficientes, asilares e eticamente iníquas. Ao longo desta década, a face da instituição foi assumindo novo contorno, como ilustrado na criação do CRIS e do Hospital Jurandyr Manfredini, projetos realmente de vanguarda, o que fortalece a idéia de que propostas mais progressistas espriavam-se pouco a pouco nos meandros da Colônia, adquirindo, inclusive, materialidade na forma de serviços.

Essa mesma linha de atuação afinada com a Reforma Psiquiátrica ensaiou a criação de um CAPS em 1994, portanto, quatro anos antes da consumação do Bispo do Rosário, fazendo jus ao esforço agonístico de alinhamento às novas propostas assistenciais. Em uma entrevista realizada com um membro<sup>109</sup> do Centro de Estudos do IMASJM, presente na instituição à época, transparece o relato dessa primeira tentativa de constituição de um CAPS no *intra muros* da então Colônia Juliano Moreira:

---

<sup>109</sup> Nesta dissertação todos os termos que fazem alusão a alguém que foi entrevistado (como membro, técnico, profissional, etc...) serão usados no masculino, independente do sexo do(a) entrevistado(a) no intuito de preservar a confidencialidade, exceção feita a primeira e a atual coordenadora do CAPS, cuja posição diferenciada já revela sua identificação. A singularidade desses dois casos consta inclusive no Termo de Confidencialidade assinado por ambas antes de suas entrevistas.

Em 1994 houve um movimento de alguns funcionários da Colônia, muito baseado em um censo feito em 1989, e algumas idéias surgiram. Inclusive o diretor da época juntou um grupo de pessoas para fazer propostas de reformulação da instituição. Esse grupo se expandiu e acabou fazendo algumas visitas, visitou Santos, visitou o CAPS de São Paulo e entrou em contato com o que estava sendo feito por aí, sempre buscando a substituição da assistência que era prestada aqui, que era hospitalar. Então esse grupo de pessoas acabou criando o que foi chamado na época de Projeto de Reformulação Assistencial da Colônia. Um dos eixos desse projeto era a criação de um hospital-dia, que depois caminhou para a idéia de um CAPS, até em função das visitas feitas por esse grupo. Só que esse projeto não foi adiante. (MEMBRO DO CENTRO DE ESTUDOS IMASJM)

Se essa investida inicial naufragou, ao menos fica nítido que o debate acerca das formas de reorganização do cuidado em Saúde Mental, que já vinha desde a década de 1980, não cessou na instituição na década posterior. Ainda em 1994, no Hospital Municipal Jurandyr Manfredini (HMJM), iniciou-se um dispositivo clínico chamado *Tardes de convivência*, um projeto acoplado à residência médica e que se constituiu como pedra fundamental para o CAPS Bispo do Rosário. A primeira coordenadora do CAPS fez parte desse dispositivo e comenta abaixo um pouco de sua proposta e evolução:

A gente começou a fazer as *Tardes de convivência*. Os pacientes que eram psicóticos ou que tinham um comprometimento mais grave, a gente encaminhava para essas *Tardes de convivência*. Eram pequenos encontros nos quais a gente conversava, confraternizava. [...] Eram duas ou três tardes por semana e era uma confusão, pois era uma sala onde acontecia tudo, um grupo e de repente tinha um paciente ali dormindo e depois uma oficina de bijuteria. [...] Começamos a ampliar o turno e na medida em que foi se conseguindo alimentação, passou a ser o dia inteiro como um centro de atenção diária, ainda ligado à estrutura do hospital. O Hospital Jurandyr Manfredini cedeu uma sala e então a gente começou com residentes e estagiários. Depois entraram um psicólogo e duas assistentes sociais. (PRIMEIRA COORDENADORA DO CAPS)

Este depoimento descortina as *Tardes de convivência* como sendo um projeto gerado nas bases da assistência, isto é, formulado a partir da iniciativa dos profissionais que ali atuavam, e que ganhou, ao cabo de determinado período de existência, seu espaço institucional no HMJM. O êxito da empreitada desdobrou-se insidiosamente na expansão das atividades e no aumento da clientela, com o correspondente crescimento da equipe. Nesse entretempo, a atividade tornou-se, após sua legitimação enquanto operador clínico, um Centro de Atenção Diária (CAD) vinculado à estrutura hospitalar.

A constituição de um CAD a partir do projeto *Tardes de convivência* engendrou melhor infraestrutura e maior visibilidade à iniciativa, porém sem descaracterizá-lo em sua proposta original, qual seja, o provimento de um cuidado diferenciado aos usuários com sofrimento mental grave, que, por quaisquer que fosse a razão, não tinham se dissociado tão rapidamente da emergência psiquiátrica ou que mantinham um padrão de internações recorrentes. Não obstante esse anelo, o liame físico com o hospital contrapunha-se ao ideário da desospitalização e desinstitucionalização e transfigurava-se em uma limitação inquebrantável, obstaculizando vãos mais distantes nos projetos terapêuticos. O indisfarçável incômodo que transpassava essa situação, distinguível abaixo na fala da primeira coordenadora do CAPS, foi uma das forças motrizes para o deslocamento do CAD e sua transformação em CAPS:

Era também muito colado com o hospital, então ficava parecendo muito um hospital-dia e era difícil para o paciente desvincular o que ele vivia na internação e aquilo, que já era outra coisa, outro momento. Então a gente pedia o tempo todo, a gente precisava de alguma coisa fora, de outro espaço. (PRIMEIRA COORDENADORA DO CAPS)

Tendo como fulcro o imperativo do descolamento do ambiente hospitalar, a experiência das *Tardes de convivência* e do CAD derivou, enfim, para a constituição de um Centro de Atenção Psicossocial. Se a esta motivação pode, em larga medida, explanar o movimento que levou a criação do CAPS, imprudente seria a atitude de representá-la inteiramente descolada da conjuntura citada anteriormente e que o abraçava. Seguindo essa linha, o empenho dos profissionais do HMJM brota encadeado ao endereçamento da direção da Colônia ao movimento de reforma, do mesmo modo que às circunstâncias concernentes às políticas de Saúde Mental nas esferas de governo.

Nesses termos, no rastro da municipalização da Colônia Juliano Moreira, em 1996, o HMJM passou a ser gerido pela SMS-RJ como uma unidade separada dos demais núcleos de longa permanência, que por sua vez ficaram abrigados no IMASJM. Concomitantemente, estava em pauta a implantação do primeiro CAPS do Rio de Janeiro e a Gerência de Saúde Mental do município, neste meio tempo, buscava a expansão da rede substitutiva, circunstâncias que estabeleceram um impulso

precioso para a proposta de saída do CAD do HMJM. Comentando sobre a passagem do CAD para CAPS, a mesma entrevistada relata que

[...] a prefeitura tomou isso como uma questão sua, pertinente. O CAD deixou de ser iniciativa local, tomadas pelos profissionais. Então na medida em que municipalizou, então isso passou a ser a política do município de criar novos CAPS. Então passou a ter mais força. Deixa de ser uma experiência que veio pela residência e passa a assumir a política do município. (PRIMEIRA COORDENADORA DO CAPS)

A entrevista com o membro do Centro de Estudos do IMASJM advoga igualmente a municipalização como fator preponderante para a abertura do CAPS Bispo do Rosário, além de situá-lo inteiramente nos sopros do movimento nacional de Reforma Psiquiátrica:

A Reforma Psiquiátrica no Brasil estava caminhando para a criação de CAPS. E acredito que essa tenha sido uma grande motivação. Já existiam na época os CAPS da cidade do Rio de Janeiro. Então a municipalização em 1996, já foi uma razão a mais para isso. A idéia era fazer com que a instituição passasse a funcionar como parte da rede de serviços de Saúde Mental do município. Então nesse sentido, o município já estava decidido a criar CAPS e era natural uma estrutura que funcionava de forma semelhante se transformasse em um CAPS. (MEMBRO DO CENTRO DE ESTUDOS IMASJM)

O surgimento do CAPS a partir do CAD associa-se, inequivocamente, aos efeitos das políticas públicas de Saúde Mental que propugnavam o fortalecimento dos espaços substitutivos e, também, ao afã de separação do conjunto hospitalar presente nos profissionais do CAD, vontade alicerçada na oportunidade de gerar uma terapêutica diferenciada. Entretanto, outro sentido era doado à inauguração do serviço, sentido este que corria ao lado dos motivos acima citados e que versava sobre o reconhecimento do trabalho realizado no CAD, que seria consagrado simbolicamente através da constituição do CAPS. Em um só golpe, o aparecimento do CAPS figurava como consagração e oportunidade, reconhecimento e desejo de diferenciação:

[...] a gente fazia um trabalho de ressocialização importante, mas isso não era reconhecido. A gente estava fora do grupo que era reconhecido como o grupo de elite, que eram os CAPS. Então era o tempo todo negociando, fazendo uma certa pressão, pois a gente queria se transformar em um CAPS, por conta disso, era importante ter essa separação do hospital. (PRIMEIRA COORDENADORA DO CAPS)

Seu nome de batismo remete ao artista plástico Arthur Bispo do Rosário, homenagem a um dos pacientes mais famosos da Colônia Juliano Moreira. Com várias exposições no Brasil e no exterior, Bispo ganhou notoriedade pela qualidade de suas obras e transformou-se em um ícone da oposição às práticas manicomiais, estampando em sua produção a capacidade de vencer a despersonalização com a qual o poder asilar subjugava os internos.

A inventividade artística, misturada com a resistência diante das mazelas asilares, ganhou corpo em seus mantos, estandartes e obras trabalhadas a partir de utensílios domésticos ou madeira e justificou o aparecimento de alguns livros e teses sobre sua arte e história de vida.<sup>110</sup> Muitas de suas obras estão expostas na sede do IMASJM, no museu Bispo do Rosário, que não por acaso também leva seu nome.

A escolha do nome do CAPS foi atravessada pela significação social que Bispo do Rosário exalava. Tomando por empréstimo o nome de um interno que suplantou as limitações do manicômio, este novo serviço trazia em sua designação o desafio de aproximar as propostas de mudança assistencial da Reforma Psiquiatria da simbologia dos feitos realizados pelo artista, que tinham como rubrica o uso da criatividade para burlar as práticas da psiquiatria clássica.

A despeito da concretização do CAPS Bispo do Rosário espelhar o afastamento físico e funcional do HMJM e assumir o tom de afirmação das novas políticas de Saúde Mental, despertando nos profissionais o sentimento de realização, um nó górdio se impôs: sua localização. O movimento inicial, respaldado pelo direcionamento adotado na formulação dos CAPS em todo país e no Rio de Janeiro, insuflava os responsáveis pelo processo a procurar imóveis completamente inseridos no território, entrelaçados radicalmente à malha urbana da Taquara e apartados do Complexo Juliano Moreira, como atestado em transcrição abaixo. O momento de sua implantação e os impasses relativos a sua inserção territorial são retratados na fala da primeira coordenadora do CAPS e do membro do Centro de Estudos do IMASJM:

Então se falou “vamos procurar uma casa na Taquara”, a gente queria uma coisa fora, mas isso implicava custos. A razão básica para o CAPS ficar dentro da Colônia foi custo

---

<sup>110</sup> Dentre os quais se destacam: HIDALGO, Luciana. *Arthur Bispo do Rosário: O Senhor do Labirinto*. Rio de Janeiro: Rocco, 1996 e BURROWES, Patrícia. *O Universo segundo Arthur Bispo do Rosário*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.

mesmo. Sempre se falou do CAPS sair, do CAPS ficar fora, essa era a política do CAPS: estar no território. (PRIMEIRA COORDENADORA DO CAPS)

Com certeza, ele foi criado aqui por conveniência, porque era mais simples pegar uma estrutura que já existia, fazer alguns ajustes muito pequenos, porque na verdade não houve uma grande obra lá dentro. [...] Não foi um grande investimento que necessitou ser feito como seria se tivessem que conseguir um imóvel fora pra colocar o CAPS. (MEMBRO DO CENTRO DE ESTUDOS IMASJM)

A dificuldade de obtenção de verbas e a disponibilidade de um antigo pavilhão, entretanto, vieram a arrefecer a intenção original e a opção por uma alternativa cuja exequibilidade era mais plausível restou como a única via possível. Assim sendo, o imóvel escolhido para sediar o CAPS Bispo do Rosário, conquanto fora do HMJM, localizava-se nas terras do Complexo Juliano Moreira, posto que tal escolha significara sua própria viabilidade e atendia a questões de ordem prática, como contenção orçamentária e conveniência.

Ainda hoje, cabe frisar, o CAPS permanece nas mesmas instalações, fato que traz implicações que ultrapassam a simples posição geográfica, ecoando ruidosamente no seu funcionamento e nos elementos imaginários e simbólicos dos serviços, como será possível vislumbrar adiante.

De todo modo, mesmo depois da unidade assistencial ter sido aberta aos usuários, sua história não se desvinculou por completo do HMJM. O fio que liga o CAPS Bispo do Rosário e o HMJM, desenhado ainda na formulação do CAD, antes de desaparecer com a inauguração do primeiro, na verdade mudou de contorno. O serviço nasceu dependente do ponto de vista administrativo e funcional do HMJM, que além do encaminhamento dos casos, lhe transferia recursos humanos e materiais. A relação íntima com o HMJM estabeleceu-se igualmente com o IMASJM, seja em função do suporte técnico, seja nas questões de infra-estrutura, como é possível notar nas palavras do membro do Centro de Estudos do IMASJM:

O IMASJM é uma unidade gestora, que tem autonomia. Isso naturalmente facilita na questão dos recursos. O IMASJM tem mais recursos que o CAPS, então o IMASJM auxilia o CAPS na questão da infra-estrutura. Ao mesmo tempo existe uma integração técnica, no sentido de discussão casos. O Centro de Estudos do IMASJM sempre foi o centro de estudos de referência do CAPS. [...] Durante muito tempo, os funcionários do CAPS tinham vindo do IMASJM ou do HMJM. Então existe uma integração, uma articulação, uma dependência, uma troca de recursos e de discussão técnica. Em termos

de infra-estrutura, o IMASJM ajuda com telefone, luz, manutenção, transporte, é tudo tão pertinho, um do lado do outro. (MEMBRO DO CENTRO DE ESTUDOS IMASJM)

Presentemente, o CAPS ainda recebe esse tipo de apoio do IMASJM, contudo, o serviço hoje é formalmente independente do HMJM, estando administrativamente subordinado ao Posto de Atendimento Médico da Praça Seca (PAM-Praça Seca), mudança esta ocorrida no segundo semestre de 2006. Entretanto, essa transição administrativa, que ainda vem sendo digerida pelo CAPS, pode ser acrescida em breve de um novo desdobramento. Neste, o serviço enfim ascenderia à condição de unidade formal da Área Programática 4 (AP 4)<sup>111</sup> do município do Rio de Janeiro, despindo-se da condição de satélite de outra unidade da Secretaria Municipal de Saúde e, por conseguinte, transformando-se em uma estrutura autônoma, com patrimônio e verba própria. Consolidada esta possibilidade, o CAPS estaria vinculado diretamente a Coordenação da Área Programática 4 (CAP 4).<sup>112</sup>

Essa nova realidade nas relações institucionais concretiza-se também na forma de desafios, ainda mais considerando que esse momento de travessia entre o lugar de dependência do HMJM para a autonomia organizacional mostra-se assaz sensível. Mesmo perante o maior grau de nitidez no trato com as demais instituições, alcançado gradualmente no decorrer de sua existência, o CAPS ainda se defronta com limitações na sua capacidade gestora, limitações essas que implicam menor agilidade na sua dinâmica de funcionamento. O posicionamento da atual coordenadora do CAPS aduz alguns elementos significativos para o entendimento dessa passagem:

A gente foi durante muitos anos unidade-filha do HMJM; hoje em dia a gente não é mais, estamos de passagem para a Coordenação da Área Programática, [...] mas eu vejo isso com bons olhos. [...] Inclusive a gente está se afinando, porque muitas coisas a gente ainda recebe do IMASJM. E o que é do IMASJM, o que é do PAM-Praça Seca e o que é da CAP 4? A quem a gente pede? A gente ainda está um pouco dividido nesse sentido. Hoje as coisas são mais claras, a gente sabe a quem recorrer, até porque já tem um ano. A gente sabe que “X” é a CAP, “Y” é o PAM da Praça Seca e “Z” é o

<sup>111</sup> O PAM-Praça Seca, o IMASJM, o HMJM e o CAPS Bispo do Rosário inserem-se na Área Programática 4 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (AP 4), que contém cerca de 800 mil habitantes e inclui alguns bairros e sub-bairros localizados na zona oeste da cidade: Anil, Barra da Tijuca, Camorim, Cidade de Deus, Curicica, Freguesia, Gardênia Azul, Grumari, Itanhangá, Jacarepaguá, Pechincha, Praça Seca, Recreio dos Bandeirantes, Tanque, Taquara, Vargem Grande e Vargem Pequena.

<sup>112</sup> Pouco tempo depois do fim da pesquisa de campo, o CAPS Bispo do Rosário, assim como os demais CAPS da rede, assumiu a condição de unidade formal no organograma do município do Rio de Janeiro. Todavia, o relato da pesquisa de campo baseia-se na situação encontrada na ocasião de sua realização, neste caso, com o CAPS ainda vinculado ao PAM.

Manfredini. Mas isso ainda faz com que a gente tenha que se remeter há muitas instâncias, em certo sentido. [...] A questão não é que a coisa não seja solucionada, mas que ela não seja solucionada aqui, coisas relativamente simples, mas acho que fala de certa transitoriedade que nós ainda estamos passando. (ATUAL COORDENADORA DO CAPS)

Porém, a exposição das supracitadas relações institucionais, situadas no limite entre parceria e dependência, desvela tão-somente um ângulo do conjunto de interlocuções sustentadas pelo CAPS em sua atuação. No fundo, assim como os CAPS em geral, o Bispo do Rosário tem em suas atribuições a função de ser o organizador da rede de assistência, sendo este um ponto nevrálgico de sua atuação. Atualmente, a rede de serviços de Saúde Mental da AP 4 conta, além do CAPS Bispo do Rosário e dos demais serviços do Complexo Juliano Moreira, com clínicas psiquiátricas privadas conveniadas ao SUS, unidades de atenção primária, uma pequena cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF) e com os hospitais gerais da região. Dentre seus interlocutores, o HMJM, apesar da recente desvinculação, permanece sendo o serviço com maior proximidade com o CAPS, notoriamente através do fluxo contínuo de usuários entre os dois serviços, que se estabelece em uma via de mão dupla.

A missão iniludível de construir conexões com os demais dispositivos sanitários ou mesmo com instituições fora do campo da Saúde Pública, condição forçosa para a estruturação de uma teia de cuidados em Saúde Mental (PITTA, 2001), encontra-se presente no cotidiano do CAPS.<sup>113</sup> Entretanto, em um passado não tão longínquo, a porta de entrada do serviço esteve fechada por aproximadamente dois anos consecutivos, empalidecendo sua centralidade na rede. A razão essencial para o estabelecimento desse quadro foi, segundo as entrevistas, a perda de muitos profissionais, o que acabou debilitando o Bispo do Rosário em sua capacidade de acolher novos usuários, exceção feita a encaminhamentos excepcionais, que eram estudados caso a caso. Neste período, os atendimentos restringiram-se basicamente a clientela já cadastrada.

De todo modo, o atual investimento na porta de entrada do serviço e na articulação com outras unidades além do HMJM, significa um compromisso, em função de sua importância, e um desafio,

---

<sup>113</sup> Em entrevista, a coordenadora do Bispo do Rosário, salientou, por exemplo, a rica interlocução com os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) da região, entidades que são a porta de entrada para os programas sociais da Secretaria Municipal de Assistência Social do Rio de Janeiro (SMAS-RJ).

graças às dificuldades existentes, algo que se torna explícito nas declarações da atual coordenadora do

CAPS:

A gente vem caminhando, não vou dizer a passos lentos não, para um serviço que tomou há pouco tempo essa missão de construir parcerias. A gente está firmemente sustentando isso. [...] Acho que temos caminhado nessa direção, temos uma supervisão que trabalha nesse sentido, que tem sensibilizado as pessoas e convocado para fazer um trabalho mais para fora. [...] Mas acho que é nosso maior desafio. (ATUAL COORDENADORA DO CAPS)

Quando eu cheguei aqui, a gente tinha uma situação no CAPS que era a porta de entrada fechada, já há dois anos. Isso fazia com que muitos pacientes chegassem somente encaminhados. Hoje em dia, nós recebemos qualquer pessoa, mesmo fora dessa lógica psicóticos e neuróticos graves. Avaliar, a gente vai avaliar qualquer um que aqui chegue. [...] Nós fazemos avaliação de pessoas que não são para nós, mas nós temos o compromisso de dar um destino para aquela pessoa. (ATUAL COORDENADORA DO CAPS)

### 6.3 - Espaço arquitetônico e infra-estrutura: o suporte material e seus desdobramentos nos processos de trabalho

Por sua localização no Complexo Juliano Moreira, o CAPS Bispo depara-se com algumas dificuldades de acesso, especialmente em função da distância dos grandes centros comerciais e no que toca ao transporte público, pois poucas linhas de ônibus apresentam itinerários próximos de suas instalações. Sua estrutura predial está cravada no meio de uma extensa área verde, situando-se a cerca de 500 metros da entrada principal do Complexo Juliano Moreira, local onde repousa, além do portão de acesso, a sede e o centro de estudos do IMASJM. O espaço físico onde hoje transcorrem as atividades abrigou originalmente um pavilhão para pacientes previdenciários, chamado Mário Pinotti. Esta condição diferenciada da clientela do Mário Pinotti (ao menos perante o padrão de pacientes da Colônia) guarda relação com a própria localização das instalações, em certo sentido privilegiada por sua proximidade com a sede e com a entrada do Complexo Juliano Moreira, como informa o membro do Centro de Estudos entrevistado ao mencionar este antigo pavilhão:

Você vê que ele é logo na entradinha da Colônia Juliano Moreira, o ônibus passa logo ali. É o primeiro núcleo dos pacientes que viviam aqui [...] Eram pacientes que tinham família, tinham mais visitas. (MEMBRO DO CENTRO DE ESTUDOS IMASJM)

No transcorrer da década de 1980, o Mário Pinotti foi desativado e o imóvel acolheu primeiramente o CRIS, dispositivo que resplandece como marco inicial da Reforma Psiquiátrica na Colônia por sua incumbência desinstitucionalizante. Face à constituição do CAPS, uma parte do CRIS foi cedida ao novo serviço e atualmente ambos ocupam espaços contíguos. Em frente ao CAPS e ao CRIS, um campo de futebol usado por um projeto social povoa o espaço com crianças de comunidades vicinais todas as terças e quintas-feiras. Ao fundo, uma colina confirma o tom bucólico que circunscreve todo o Complexo Juliano Moreira.

O CAPS Bispo do Rosário exerce suas atividades em uma edificação térrea, com entrada única, e suas dependências incluem: sala de convivência (logo na entrada do CAPS), consultórios, cozinha/copa, refeitório, sala de administração, dois pátios internos, sala de enfermagem, um auditório/salão de festas (com uma televisão), banheiros, farmácia e uma sala para os técnicos. Uma biblioteca, uma sala de brechó e salas para oficinas e atendimentos de grupo completam as instalações.

A sala de convivência do CAPS é cortada por um corredor que franqueia o acesso, pelo lado esquerdo, a diversas salas de tamanho médio ou pequeno, nas quais funcionam os consultórios, as salas de atendimento de grupo, a farmácia e a cozinha/copa, os pátios, o auditório e a biblioteca. No lado direito do corredor jazem as salas de enfermagem, dos técnicos e da administração. A sala de convivência, assim como o corredor e o auditório, tem suas paredes adornadas com pinturas e desenhos dos usuários, adjudicando um caráter menos formal ao espaço.

Quanto à arquitetura, o local não se remete precisamente ao desenho manicomial (demarcado tradicionalmente pela existência de grandes enfermarias), todavia, também não autoriza a comparação com uma casa, sítio sistematicamente reaproveitado para o funcionamento dos CAPS. A herança do pavilhão Mário Pinotti, não obstante suavizada de sua roupagem original, ainda confere ao local um formato tipicamente encontrado nas instituições de Saúde, com pátios e corredores que ligam de ponta a ponta as plantas.

Descritas, *tout court*, as instalações do CAPS Bispo do Rosário, uma breve digressão pede permissão, já que olvidar o relevo assumido pela arquitetura desde os confins da história da psiquiatria seria, decerto, um farto engano. Afinal, a conformação física destas locações (sejam estas os asilos do século XIX, as colônias do século XX ou os CAPS do século XXI) configura-se como uma variável que influencia, em maior ou menor escala, a realização do trabalho em Saúde Mental.

Os manicômios tradicionais e suas grandes enfermarias possibilitavam uma visibilidade quase instantânea dos diversos internos, além de obstaculizar, por falta de um espaço personalizado, a conservação dos traços identitários. Sua configuração espacial, baseada na capacidade de ordenação da loucura e de controle dos fluxos de pacientes, vinha avalizada pela proposta de disciplinarização e caucionada pela crescente demanda por mecanismos de vigilância. Acarretava, *ipso facto*, invasões no espaço pessoal dos pacientes.<sup>114</sup>

Elemento defendido na construção dos manicômios, o isolamento dos grandes centros comerciais não se mostrou refratário à concepção das colônias, fazendo deste apanágio um ponto comum entre os dois modelos. A opção por construir esses dispositivos em locações isoladas operava no sentido de “retirar o sujeito desviante do contexto complexo da cidade para outro: linear, planificado, previsível e controlável”. (COSTA ; MIZOGUCHI ; FONSECA, 2005)

A partir da Reforma Psiquiátrica, desponta o desafio de agenciar espaços consoantes aos seus conceitos e práticas transformadoras. Moldar estruturas físicas que se opõem à lógica manicomial passou a ser imperativo, sobretudo porque a conformação dos serviços pode favorecer a operacionalização de preceitos antimanicomiais. Por certo, a alteração arquitetônica não é condição suficiente para assegurar a transformação da assistência, porém, isso não significa que tal aspecto dos serviços deve ser relegado ao ostracismo. Imbuída desta orientação, a escolha das locações dos CAPS ordinariamente recai sobre imóveis fora do ambiente hospitalar, próximos aos centros comerciais e desprovidos de matizes institucionais. Nesses termos, a interação com o território flui de forma mais rica e o desejável contato com as cercanias mantém os usuários próximos à cotidianidade de uma

---

<sup>114</sup> Conceito formulado por R. Sommer, o espaço pessoal é uma zona psicológica que funciona como fronteira entre a pessoa e o mundo exterior. Quando esta zona é penetrada sem consentimento gera reações de defesa por parte do indivíduo. Conferir Carvalho (2001) para uma contextualização do espaço pessoal e da psicologia ambiental em hospitais psiquiátricos.

residência qualquer. A interface com a comunidade e as possibilidades de entrelaçamento com uma constelação de parceiros locais revelam, similarmente, ganhos exponenciais.

A opção por casas ou edificações que não foram unidades psiquiátricas apóia-se também na sensação de acolhimento e de subjetivação do espaço que as mesmas podem proporcionar aos usuários. O espaço físico torna-se, desta feita, um operador potente na assistência e na formação de vínculo subjetivo com o serviço. Dissertando sobre esta problemática, Saraceno (1999) salienta a distinção básica entre o *estar* e o *habitar*. Naquele, modalidade típica de espaços manicomial, a apropriação subjetiva do espaço é preterida, o que se subverte no caso do *habitar*, relação tecida em um elevado grau de contratualidade material e simbólica dos usuários com os espaços, outorgando-lhes pertencimento.

Do ponto de vista dos técnicos, a organização espacial apresenta-se como um fator considerável para a realização do trabalho. Se por um prisma condiciona as práticas, as instalações podem, ao mesmo tempo, ser um reflexo dos valores e das regras de funcionamento institucional. Nicolas-Fisher (1994) expressa que o estudo do ambiente de trabalho permite deslindar os princípios de funcionamento de determinada organização, especialmente por meio das formas de apropriação do espaço, do fluxo de ocupação e das modalidades de interação social presentes. O mesmo autor, a reboque, destaca o simbolismo advindo da conformação do espaço e destaca a idéia de que este porta, em si mesmo, uma significação sobre o trabalho ali efetuado, significação esta que é endereçada à comunidade ao redor da organização.

Retornando ao CAPS Bispo do Rosário, suas instalações encontram-se relativamente isoladas do território e dentro do Complexo Juliano Moreira. Ademais, estão situadas em uma edificação que outrora serviu de pavilhão para um macro-hospital psiquiátrico. Portanto, mostra uma condição diferenciada ante as instalações da maioria dos CAPS, dado que empresta certa especificidade ao Bispo do Rosário, repercutindo na realização do trabalho dos técnicos e sendo considerada uma barreira pelos mesmos. Resgatando Nicolas-Fisher, a configuração espacial assemelhada às típicas instituições de Saúde remete simbolicamente os usuários a um ambiente mais hospitalar do que aqueles existentes nos

CAPS instalados em casas. O trabalho artístico dos usuários, exposto nas paredes do CAPS, é um rio que corta essa paisagem e que carrega consigo indícios da apropriação subjetiva do espaço, incapazes, contudo, de escamotear os limites impostos pela estrutura física, sua localização e seu formato institucionalizado.

A sala de convivência é um cômodo que assume uma conotação especial, visto que tem sua utilização repartida em três papéis, amiudadas vezes concomitantes. Enquanto porta de entrada, esta sala é passagem obrigatória para todos que chegam ao serviço. Como sala de espera, é ocupada por usuários que optam por aguardar ali seu atendimento. Na condição de sala de convivência propriamente dita, aglutina profissionais e usuários em torno de conversas informais ou mesmo atendimentos espontâneos. Emoldurado pelas pinturas na parede, atravessado por colóquios sobre temas da atualidade e ritmado pelas músicas do rádio, o espaço é o centro gravitacional do CAPS.

Face às condições de infra-estrutura, a existência de uma biblioteca para atividades de cunho literário, o uso de um computador para fins administrativos e a amplitude das instalações depõem positivamente acerca das condições de trabalho. No que se refere a este último tópico, de fato, os cômodos existentes comportam facilmente o cardápio de práticas assistenciais presentes no serviço.

Em contraste, seguindo a tônica do SUS, o espaço físico carece de melhor conservação em alguns pontos, constatação que advém mesmo em um olhar perfunctório. Chamou a atenção, logo no início da observação participante, a pintura descascada das paredes e as infiltrações sinuosas de determinadas salas. Legado do pavilhão Mário Pinotti, os dois pátios internos, com seus desconfortáveis e antigos banquinhos de concreto, também causaram espécie nas primeiras impressões sobre a estrutura física do serviço, fazendo lembrar os antigos pátios das instituições hospitalares. Acerca do suporte material para a operacionalização do trabalho, o cotidiano do serviço esgrima contra algumas insuficiências, apontadas tanto pelos técnicos quanto observadas no estudo de campo e que serão discutidas a seguir.

A maioria dos aspectos abordados aqui doravante, vale frisar, não são exclusividade do CAPS estudado, sendo, desafortunadamente, compartilhada com praticamente toda a rede assistencial, o que expõe a existência de uma problemática sistêmica com a qual a gestão no nível local costumeiramente depara-se. Tal estado de precariedade, conforme discutido no capítulo três, reporta-se a uma realidade

vivida por todo o SUS e que foi agravada ao longo da década de 1990, entre outros fatores, a partir da inserção brasileira no mundo globalizado e das conseqüentes restrições às políticas sociais. Com os efeitos desse cenário ainda vigentes, os serviços públicos de Saúde padecem com problemas que vão desde a desvalorização dos recursos humanos (déficit de pessoal, baixa remuneração e parca qualificação) à falta de insumos básicos para assistência, passando pela inadequação física das instalações.

No CAPS investigado, a dificuldade para obtenção de material para algumas oficinas foi levantada por alguns técnicos, do mesmo modo foram citadas restrições no campo da ergonomia (calor e falta de circulação de ar nas salas) e no uso de transporte para acessar o território e fazer visitas domiciliares. Neste ponto especificamente, os malefícios para o CAPS Bispo mostram-se ainda mais agudos, posto seu relativo isolamento. Adversidades dessa ordem solapam o bom andamento do trabalho, uma vez que obstam, por exemplo, a visita de um técnico à residência de um usuário que, por ventura, esteja impossibilitado de vir ao CAPS:

A gente não tem material básico para montar uma oficina. A gente quer fazer, mas não tem recursos para isso e aqui ocorre isso também. Aliás, em todos os CAPS. A gente faz a oficina para arrecadar dinheiro para a própria oficina. A gente não tem recursos do próprio CAPS. (PROFISSIONAL F)

A única coisa que temos relativamente bem é espaço físico, no sentido de tamanho. As salas são muito quentes, principalmente no verão, sem circulação de ar, material para trabalho, para oficina, para grupo, a gente não tem nada. [...] A gente teria um carro para agendar uma vez por semana, mas ainda dividindo com outro serviço, que é um carro emprestado pela prefeitura, pela coordenação de área, mas esse carro vive furando; fica um mês, um mês e meio sem aparecer. E aí a gente não consegue se organizar, pois a gente marca e o carro não vem. (PROFISSIONAL A)

Problemas no telefone, ferramenta de trabalho imprescindível para um serviço de Saúde, também foram evocados com frequência. O CAPS não possui uma linha telefônica própria e existem dificuldades para efetuar ligações, segundo relatado abaixo. Luzindo como metáfora da precariedade, a dificuldade com o telefone traz implicações imaginárias e simbólicas para os profissionais e os usuários, notadamente no sentido de vivenciar uma desqualificação do serviço. O uso corrente do orelhão do serviço pelos profissionais constitui a via para burlar esses entraves à comunicação, amainando, deste

modo, uma possível lentidão nos contatos do CAPS com os usuários, os familiares, a rede de serviços e o território em geral:

Em termos de infra-estrutura, nós temos muitas dificuldades. Por exemplo, o telefone, um elemento importantíssimo do nosso trabalho para entrar em contato com os familiares dos pacientes, com os pacientes que deixam de vir por algum tempo. Nós não temos uma rede própria e acabamos usando um ramal que não pertence a gente, ele pertence ao IMASJM. Temos que esperar linha, nem sempre a linha vem fácil, então é complicado. Para receber o melhor é o uso do orelhão mesmo. (PROFISSIONAL C)

O conjunto de entrevistas mostrou uma percepção que emerge como um agravante local para a insuficiência generalizada na infra-estrutura do SUS, qual seja, o fato do CAPS não ser uma unidade formalmente constituída, portanto, sem recursos financeiros próprios e administrativamente dependente de outras unidades/organizações, o que esquadrinha um contexto desfavorável à gestão do serviço.

Ainda que seja usual a concepção de que o trabalho em Saúde Mental demande menos suporte material do que outras áreas da Saúde, destacando-se destas por seu baixo teor tecnológico, seria inimaginável negar os efeitos nocivos dessas condições de trabalho sobre a assistência. E esses efeitos podem respingar nas duas pontas do cuidado, seja na forma de frustração no profissional ou até mesmo na potência terapêutica das ações direcionadas ao usuário.

Sendo verossímeis essas conseqüências danosas nos interstícios da assistência, o confronto continuado dos técnicos com as carências de infra-estrutura torna-se fonte também de um processo imaginário que envolve desqualificação<sup>115</sup>, descrédito e impotência, dificultando a experiência do próprio trabalho como uma realização de si.<sup>116</sup> Isto é, esta composição poderia degradingolar, por contigüidade, para uma “contaminação” do trabalho pela precariedade material, proporcionando, neste caso, desinvestimento dos profissionais e um prejudicial nivelamento do cuidado às suas condições de realização.

---

<sup>115</sup> Esse imaginário, bem como seus efeitos nos serviços de Saúde brasileiros, foi recentemente analisado a partir de um olhar psicossociológico por Azevedo, Fernandes e Carreteiro (2007).

<sup>116</sup> Dejours (2004) advoga que, em determinadas circunstâncias, o reconhecimento pelo trabalho executado atende às expectativas subjetivas do trabalhador de tal modo que se inscreve em sua identidade, realizando simbolicamente aquele.

Em câmbio, e como resposta providencial elaborada por alguns profissionais, há outra composição possível, vocalizada na diferenciação e na contraposição entre o trabalho e suas condições de exercício, como expresso em uma entrevista: “*Eu acho que o trabalho que é realizado aqui dentro não ‘bate’ com as instalações.*” (PROFISSIONAL G)

Essa separação, no mesmo fôlego que possibilita a fuga de uma identificação com uma realidade indesejável, serve como um estímulo para suplantar essa última. Todavia, o êxito da ingrata tarefa de encapsular o trabalho frente a esse entorno desfavorável parece ser sempre relativo e limitado, sendo particularmente difícil sustentar seu descolamento completo, seja concretamente ou na esfera imaginária. Assim, tal contexto parece desencadear estratégias defensivas, tal como concebidas por Dejours (1994b), que atuam no sentido de atenuar, combater ou ocultar o sofrimento no confronto com tais condições de trabalho, protegendo os trabalhadores dos seus efeitos deletérios sobre a saúde mental e somática dos indivíduos.

#### 6.4 - Desenho organizacional e as práticas assistenciais do CAPS Bispo do Rosário

Em função de seu porte e modelo de funcionamento<sup>117</sup>, o Bispo do Rosário é formalmente cadastrado junto ao SUS, dentro da tipologia proposta pelo Ministério da Saúde, como um CAPS II, responsabilizando-o, em tese, pela cobertura de uma faixa populacional que varia entre 70.000 e 200.000 habitantes (BRASIL, 2002). Entretanto, é lícito informar que sua área de adscrição (a AP 4 do município do Rio de Janeiro) contém, na verdade, aproximadamente o quádruplo do limite superior da faixa. Sobre a clientela atendida, segundo a coordenadora do serviço, o CAPS tem cerca de 280 usuários cadastrados e contempla em seus atendimentos homens e mulheres adultos. A frequência diária do CAPS oscila normalmente entre 20 e 35 usuários e, a respeito da constelação de figuras clínicas, o perfil concentra-se nas psicoses e neuroses graves.

---

<sup>117</sup> Conforme assinalado no capítulo três, os tipos de CAPS previstos na portaria 336/02 do Ministério da Saúde variam de acordo com sua complexidade e capacidade funcional. A despeito do quantitativo de profissionais do Bispo do Rosário se aproximar do padrão de um CAPS III, o volume de usuários atendidos, os horários/dias de funcionamento, o número de refeições servidas e as modalidades de atendimento justificam sua classificação como CAPS II.

Enquanto arrimo que sustenta o cuidado desta clientela, a equipe totaliza 32 pessoas e divide-se em três grupamentos básicos: equipe técnica, equipe de apoio e estagiários. A tabela abaixo sintetiza a distribuição dos trabalhadores nos grupamentos e nas categorias profissionais.

TABELA 2 – Profissionais por categoria e grupamento no CAPS Bispo do Rosário. Brasil, 2007

Grupamento	Categoria Profissional	Quantidade
Equipe Técnica	Assistente Social	1
	Auxiliar de enfermagem	3
	Enfermeira	1
	Musicoterapeuta	1
	Psicólogo	4
	Psiquiatra	3
	Terapeuta Ocupacional	1
	<b>Total Equipe técnica</b>	<b>14</b>
Equipe de Apoio	Administrador	1
	Agente Administrativo	1
	Auxiliar de Farmácia	1
	Copeira	1
	Faxineira	2
	Segurança	2
	<b>Total Equipe de apoio</b>	<b>8</b>
<b>Subtotal Profissionais do CAPS</b>	<b>-</b>	<b>22</b>
Estagiários	Estagiário de Psicologia	2
	Estagiário em Saúde Mental	3
	Estagiário de Enfermagem	5
	<b>Total estagiários</b>	<b>10</b>
<b>Total</b>	<b>-</b>	<b>32</b>

A equipe técnica, que inclui os profissionais diretamente ligados à assistência, tem em seu quadro funcional 14 pessoas.<sup>118</sup> Esse grupo mescla, de forma relativamente equilibrada, profissionais jovens e experientes, sendo que a maioria dos técnicos encontra-se na faixa intermediária de sua carreira profissional, longe da aposentadoria, mas também do início da vida laborativa. De outra parte, quanto ao tempo no CAPS Bispo, esta equipe técnica pode ser considerada jovem, na medida em que na época da pesquisa de campo, apenas dois profissionais apresentavam vínculo com o serviço superior a cinco anos. Concomitantemente, frisa-se que, na ocasião, seis técnicos não tinham completado dois anos no serviço.

<sup>118</sup> Desse total, cabe o registro de que na ocasião da pesquisa um dos psicólogos estava licenciado.

Do total da equipe técnica (14), nove são funcionários públicos. Destes, dois têm vínculo federal e os demais são funcionários públicos do município. Os outros cinco profissionais são contratados pelo Instituto Franco Basaglia (IFB), organização não-governamental conveniada com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. O IFB foi fundado em 1989 a partir do projeto SOS Direito do Louco, projeto este que prestava assessoria jurídica aos pacientes com o objetivo de resgatar sua cidadania. Desde então, a organização contou em suas fileiras com profissionais protagonistas na discussão e implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, constituindo-se como parceira estratégica na construção da rede de Saúde Mental.

A parceria entre os serviços de Saúde Mental e atores do terceiro setor ganhou força nas políticas municipais da área nos últimos anos. Rietra (1999), discorrendo sobre essa controversa temática, marca que o convênio entre o IFB e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro surge dentro da agenda de reformas do Estado da década de 1990, vinculado basicamente às dificuldades de ingresso/alocação de funcionários e à demanda pela flexibilização da gestão de recursos humanos. Esse modelo previa que o gerenciamento dos serviços caberia ao município e a supervisão técnica ao IFB, existindo a possibilidade de uma equipe mista, composta tanto por funcionários do quadro público quanto por contratados do IFB.

Conforme denotado no capítulo dois, as terceirizações são inflacionadas no macrocenário da Contemporaneidade, não apenas no campo da Saúde, mas em praticamente todos os setores do mundo do trabalho. Conquanto não seja possível dissociar o convênio com o IFB deste quadro maior, é imprescindível examiná-lo dentro de suas especificidades, a saber, o engajamento do IFB no movimento de Reforma Psiquiátrica e os potenciais benefícios de sua atuação. Dentre as benesses, Rietra (*Ibid.*) expõe a expansão da rede para a periferia, o tratamento dos usuários com profissionais qualificados, a diminuição da frequência de internações e a contribuição para a mudança cultural na relação da sociedade com a loucura.<sup>119</sup>

---

<sup>119</sup> A autora conclui sua dissertação enfatizando que o modelo de gestão por parcerias (como a constituída com o IFB) pode gerar bem público, embora possam ser utilizados mecanismos que aumentem a legitimação do processo.

Na esfera do CAPS Bispo, em geral, a presença de diferentes vínculos trabalhistas (servidores públicos e contratados do IFB) passa despercebida pelos usuários, em virtude da ausência de insígnias que propiciem discriminação entre os dois tipos de profissionais. Este dado, por outro lado, não significa um apagamento integral da distinção, sendo o estudo do tipo de vínculo formal, por exemplo, uma variável pertinente para a compreensão do vínculo subjetivo entre o profissional e o serviço de Saúde, questão proeminente no debate do enfraquecimento dos vínculos trabalhistas na Contemporaneidade e que será analisada posteriormente.

Dando continuidade à descrição dos grupamentos, a equipe de apoio, contabilizando oito profissionais, queda-se da mesma forma dividida nos tipos de vínculo empregatício, uma vez que a copeira, a faxineira e os seguranças são terceirizados por meio de contratos com empresas especializadas e a administradora, a agente administrativa e o auxiliar de farmácia são funcionários públicos municipais. Completando a força de trabalho, os estagiários de psicologia e de Saúde Mental são concursados e seus contratos vigoram por um ano, ao passo que os estagiários de enfermagem advêm por convênio com a Escola de Enfermagem Anna Nery (UFRJ) e passam apenas alguns meses no Bispo do Rosário na forma de estágio curricular.

Por oportuno, embora não façam parte da equipe propriamente dita, cumpre sinalizar que três usuários assumiram a condição de monitores de algumas atividades, recebendo remuneração por seus serviços. De remate, convém mencionar o papel da supervisora do IFB, que não pertence propriamente ao corpo técnico do CAPS, mas que atua tanto na reunião semanal de equipe - operando a partir de um olhar crítico e ajudando a tracejar a direção de trabalho - quanto na articulação com o restante da rede de Saúde Mental.

A carga horária de trabalho flutua entre 16 e 28 horas semanais para os integrantes da equipe técnica e depende da categoria profissional, de sorte que os médicos situam-se no piso da faixa e a assistente social em seu teto.

À exposição da composição da equipe segue-se o impulso de mergulhar na organização dos processos de trabalho no Bispo do Rosário. No que toca à divisão do trabalho, uma primeira distinção esquemática diz respeito à clássica ordenação funcional quanto às atividades-meio e à atividade-fim,

além da respectiva alocação dos profissionais nestes segmentos.<sup>120</sup> As atividades-meio como limpeza, segurança, administração são responsabilidade, considerando a notação utilizada na tabela dois, da equipe de apoio, enquanto a atividade-fim do CAPS Bispo do Rosário, a assistência ao usuário, aparece cardinalmente a cargo da equipe técnica, auxiliada, contudo, pelos estagiários.

Em função de sua reduzida equipe e da dinâmica do trabalho, o CAPS não apresenta estruturas organizacionais formais, isto é, subdivisões oficiais como departamentos, setores ou afins. Ao sabor destas considerações, delinea-se um serviço cuja configuração organizacional é achatada e de baixa complexidade no seu eixo vertical, eixo cuja função é espelhar a definição formal de autoridade em dada organização.

Com efeito, o eixo vertical da configuração organizacional do CAPS Bispo do Rosário firma-se na existência de apenas dois níveis interligados: a própria coordenação e os processos de trabalho. À parte do eixo vertical repousa a supervisão técnica, operando como uma função tipicamente de *staff* (assessoria). Esta conformação do Bispo do Rosário pouco se distancia do formato dos demais CAPS do Brasil, cabendo ainda destacar uma condição que igualmente encontra paralelo nos seus congêneres: o fato do coordenador do serviço atuar também como um técnico diretamente ligado à assistência.

Focalizando na atividade-fim, no nível dos processos de trabalho estão dispostas as inúmeras práticas que compõem o mosaico assistencial do Bispo do Rosário. Estas serão descritas adiante, cabendo tão-só destacar que os profissionais comumente inserem-se em mais de uma atividade, de modo que podem fazer parte de duas (ou mais) oficinas diferentes ou mesmo atuar em um grupo de referência e uma oficina.

Uma fugaz menção sobre a natureza dos grupos de referência faz-se necessária aqui, ainda que os mesmos sejam detalhados posteriormente. Essas práticas assistenciais são realizadas pelas chamadas equipes de referência, equipes estas sempre compostas por três técnicos e que operam como pólos de responsabilização aos quais os usuários do CAPS estão vinculados, de modo que cada usuário está

---

<sup>120</sup> Quase desnecessário pôr em relevo que tais representações da configuração organizacional são deveras limitadas, tanto mais se seu manuseio traz consigo a expectativa de um espelhamento da realidade das organizações. Esta asserção não implica que as mesmas devam ser por completo descartadas como elementos de análise, visto que conferem alguma inteligibilidade para o funcionamento das organizações.

referido a uma equipe específica. Dentro do Bispo do Rosário existem três equipes de referência que desdobram sua atuação na consumação de cinco grupos de referência (duas equipes fazem dois grupos por semana e uma equipe faz apenas um).

Feitas essas considerações, a atenção recai sobre as cores vivas que recobrem a dinâmica de funcionamento do Bispo do Rosário, elemento que galvaniza o desenho organizacional, transborda os seus limites e derrama-se inteiramente nas modalidades de assistência e de cuidado. Depreende-se aqui, inicialmente, o registro da linha de cuidado da instituição, que se pauta, ao justo, no rastreamento dos elos de ligação estabelecidos entre o usuário e o CAPS, testemunhando a maneira como se estabelece essa relação a partir da demanda inicial.

A linha de cuidado inicia-se no acesso ao serviço, momento que principia a relação usuário-CAPS e que tem como palco sua porta de entrada, dispositivo que permaneceu fechado em período recente, como assinalado anteriormente. A coordenadora do CAPS pontua abaixo as incertezas que rondavam o serviço na ocasião da reabertura e como tal ação serviu de alavanca para re-posicionar o serviço na rede.

Porque os discursos naquele momento não eram tão favoráveis à abertura. Jacarepaguá é um bairro com inúmeras clínicas conveniadas, uma grande emergência, vários abrigos, então abrir a porta de entrada trazia para o imaginário das pessoas a idéia de que a gente ia botar gente pelo ladrão, ainda mais depois de ter uma demanda reprimida por mais de dois anos. Depois a gente viu que era possível abrir, não há menor arrependimento nesse sentido, deu outro lugar para o serviço na própria rede. (ATUAL COORDENADORA DO CAPS)

Na presente disposição da porta de entrada, a recepção do Bispo do Rosário aposta no atendimento individual como modalidade de acolhimento, responsabilidade atribuída, atualmente, a duas psicólogas e a um psiquiatra, que não apenas recebem os novos casos como também se reúnem para discutir suas vicissitudes. A tarde de segunda e a manhã de quinta-feira são especialmente reservadas para o momento de recepção, nomeado no CAPS de “pivô”, sendo que nesses turnos o acolhimento pode ser realizado por um desses três técnicos ou em dupla. Quando a demanda vem por intermédio de encaminhamento ou contato telefônico, o agendamento flui para os horários do “pivô” (com tempo de espera máximo de um mês), enquanto que nas ocasiões de demanda espontânea ou crise

o acolhimento é realizado no momento da chegada, neste caso, possivelmente operado por outros profissionais que não as duas psicólogas e o psiquiatra.

A função de recepção, atravessada pelos objetivos de acolher a demanda e verificar o encaixe do usuário no perfil do CAPS, não se esgota necessariamente no primeiro contato feito pelo “pivô”, dado que, perante uma demanda entrecortada por alguma dificuldade de direcionamento, outras entrevistas podem ser marcadas a fim de proporcionar o melhor encaminhamento para o usuário. Após o contato inicial e o reconhecimento da demanda do usuário como pertinente ao CAPS, o mesmo é direcionado a uma equipe/grupo de referência. No grupo de referência, delinea-se, em negociação com o usuário, o contorno de sua relação assistencial com o CAPS e sua inserção nas práticas ofertadas.

A análise da dinâmica de funcionamento do CAPS, vista em primeiro plano sob a ótica da formação do vínculo usuário-CAPS, completa-se produzindo um corte transversal no cuidado, apto então a lançar luzes sobre a oferta de práticas assistenciais, a interação social cotidiana, o uso do espaço, enfim, fatores diversos que condicionam, a torto e de través, a rotina do CAPS.

As atividades no CAPS Bispo do Rosário começam às 09:00 horas e encerram-se às 17:00 horas e espalham-se de segunda a sexta-feira. A abertura do CAPS começa com o fornecimento de café da manhã e as demais refeições são servidas às 12:00 horas (almoço) e às 15:00 horas (lanche), estando sob a responsabilidade de uma firma terceirizada.

Em consonância com a proposta dos CAPS, o fluxo de usuários é livre, de maneira que cada deles chega e sai do serviço no horário que lhe convém tendo em vista suas atividades no local. A frequência dos usuários no CAPS é variável visto que a cada forma distinta de vinculação com o Bispo do Rosário corresponde uma periodicidade própria, respeitando assim as particularidades de cada caso. Por via de consequência, se existem usuários que passam o dia inteiro no CAPS, há uma parcela que vem somente para atividades pontuais.

Ao vivenciar o dia-a-dia da instituição, cada vez mais se sedimenta a assertiva de que o coração do CAPS pulsa na sala de convivência (entrada). Ali se fixa o ponto prioritário de socialização entre técnicos e usuários, assim como entre os usuários e seus familiares, adjudicando ao local agitação e

visibilidade. Conquanto todas as instalações do CAPS estejam abertas à circulação, a sala de convivência, em sua capacidade singular de sintetizar e mesclar três papéis, surge, de fato, como local privilegiado para a interação social.

Afixado no mural da sala convivência, o cardápio de atividades do CAPS coloca a descoberto suas ofertas assistenciais, quadro que está reproduzido abaixo. Em aditamento ao elenco de práticas do quadro, é pertinente registrar os atendimentos individuais, as visitas domiciliares, as atividades no território e os atendimentos familiares específicos, para, enfim, alcançar uma visão panorâmica da assistência prestada.

QUADRO 1 - Cardápio de atividades do CAPS Bispo do Rosário. Brasil, 2007

Cardápio de Atividades					
Turno/Dia	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Manhã	Pivô Grupo de Referência Brechó Oficina de Bijuteria	Grupo de Referência	Grupo de Referência Grupo de Família Grupo de Recepção	Assembléia Musicoterapia Oficina de Beleza	Teatro Grupo de Referência Brechó Oficina de Bijuteria Oficina de Educação e Saúde
Tarde	Brechó Oficina de Bijuteria Oficina de Vídeo	Oficina Literária Grupo de Referência	Reunião de Equipe Supervisão	Rádio Vozeirão Pivô	Oficina de Bijuteria

O cardápio de atividades do CAPS centra-se na realização de grupos e oficinas de variado teor, sendo esses dois tipos de práticas, a despeito de suas variações em cada serviço da rede, comumente encontrados nos CAPS espalhados no país, formando normalmente a ossatura assistencial destes.

A preeminência dessas práticas deriva, em parte, de uma tentativa de escapar da clínica essencialmente focalizada no indivíduo, valorizando assim os atendimentos coletivos pelo manancial de interação social que os mesmos portam. Este direcionamento é visto por alguns autores como um dos principais eixos da política oficial de Saúde Mental brasileira e uma tendência nas Reformas Psiquiátricas internacionais (CARDOSO ; SEMINOTTI, 2006). Contudo, a potência terapêutica desses dispositivos - notadamente das oficinas - é um tópico cada vez mais colocado na berlinda pela literatura da área (SARACENO, 1999; RAUTER, 2000; VALLADARES *et al.*, 2003), que geralmente salienta

como essas práticas podem se tornar ouropéis quando conduzidas sem ter como horizonte a inserção social, a cidadania, a socialização, a expressividade artística, enfim, catalisadores que produzam vida no cotidiano dos usuários. Na esfera do CAPS estudado, a necessidade de pensar as práticas assistenciais a partir dessa atitude crítica veio à tona em algumas entrevistas, espelhando o questionamento presente na literatura.

Ainda no campo das oficinas terapêuticas, por outro lado, é peremptório realçar o êxito de algumas iniciativas, como, por exemplo, a oficina literária, atividade que não foi observada na pesquisa de campo, mas que parece lograr grande prestígio entre os técnicos e os usuários, especificamente por estimular a produção artística e por produzir um espaço terapêutico através da literatura.

Perante os grupos, certo destaque recai nos grupos de referência, graças fundamentalmente ao seu papel de âncora da assistência, no sentido que aqueles criam, como o nome sugere, uma referência basilar para os usuários. A realização desses grupos, como explicitado, está calcada na existência das respectivas equipes de referências e, neste enquadre, a locução “de referência”, que qualifica o grupo/equipe, denuncia a criação de um liame institucional entre o usuário e o próprio CAPS, que se traduz em duas direções, quer na responsabilização do grupo diante do usuário quer na vinculação deste àquele. Versando sobre alguns arranjos organizacionais nos serviços de Saúde, Onocko Campos (2003) aponta como o estabelecimento das equipes de referência cria novos padrões de contratualidade do usuário com a equipe, porquanto fortalece deveras o vínculo e amplia as possibilidades clínicas.

Dentro da instituição há heterogeneidade no modo de condução dos grupos, seja pela formação/vivência profissional de cada conjunto de técnicos, seja pelo caldo assistencial emergente das formas de cuidado acordadas entre a equipe, os usuários do serviço e seus familiares. Em comum, existe o formato dos grupos, coordenados inequivocamente por uma tríade de técnicos e cuja composição típica inclui necessariamente um psiquiatra - até pela necessidade de acompanhamento farmacológico dos usuários -, além de um técnico de nível superior e um estagiário. A pesquisa de campo facultou a observação de um grupo de referência e seu *modus fasciendi*, experiência relatada doravante, ainda que sua dinâmica não seja extensível aos demais grupos.

A realização do grupo de referência durou cerca de duas horas e, além dos três técnicos, aproximadamente 10 usuários estiveram presentes, um deles com a companhia de um familiar. O tempo foi repartido em duas sessões distintas, na qual a primeira promovia uma discussão, subsidiada por matérias de jornais, sobre um tema da atualidade escolhido previamente no último encontro. O esforço dos técnicos em fomentar uma participação efetiva dos integrantes do grupo esbarrava na pouca espontaneidade e desenvoltura destes na conversação.

A seguir, a segunda parte tratava do acompanhamento da assistência, englobando variados aspectos como a inserção de cada usuário no CAPS, os efeitos da medicação ou mesmo o andamento de suas vidas, entre outros. Todavia, foi indisfarçável a sensação de que boa parte dos usuários percebia as ações desenvolvidas antes da prescrição da receita médica como um mero prelúdio para este momento, atitude que se manifestou eloqüentemente em um usuário que, recoberto de insistência e impaciência, requeria a medicação ainda na primeira sessão do grupo, pedido que foi negado pelos técnicos. Ao término do grupo, os técnicos atualizaram os prontuários e conferiram quais usuários não compareceram, combinando entre si quem telefonaria para aqueles que estavam sistematicamente ausentes desses encontros.

Convém observar que os grupos de referência são práticas relativamente recentes no CAPS Bispo, sendo vistos como um avanço na organização do trabalho e na proposta assistencial. Estes grupos almejam a criação de um cenário para o cruzamento de diversos saberes e buscam tornar cada um de seus técnicos em uma referência para um determinado conjunto de usuários, desarticulando uma lógica estritamente medicalocêntrica de responsabilização:

Já foi essa coisa totalmente ambulatorial, do paciente ir só para o médico. Os grupos de referência mudaram muito isso, pois os outros técnicos conhecem os pacientes e os pacientes estão se referindo aos outros técnicos. (PROFISSIONAL D)

O maior detalhamento dispensado ao grupo de referência, em detrimento às demais práticas do Bispo do Rosário, justifica-se tanto em função de sua centralidade para o serviço quanto pelo fato de ter sido efetivamente observado. Este tratamento será reproduzido no caso da reunião de equipe/supervisão

na próxima seção desta dissertação, precisamente pelas mesmas razões. No tocante às demais atividades do serviço, uma sumária descrição é realizada a seguir:

QUADRO 2 – Descrição das atividades do CAPS Bispo do Rosário. Brasil, 2007

Atividade	Descrição
Pivô	Porta de entrada do serviço que funciona por meio de atendimentos individuais realizados por três profissionais.
Grupo de Família	Esse grupo é um espaço aberto para os familiares dos usuários falarem sobre suas dúvidas e dificuldades ao lidar com a loucura. Não conta com a presença dos usuários.
Brechó	Atividade monitorada por uma profissional do CAPS e que gera renda a duas usuárias do serviço, que lavam, passam e fazem pequenos reparos em itens de vestuários. As peças são vendidas a preços acessíveis para outros usuários ou doadas a eles em casos de maior necessidade.
Oficina de Bijuteria	Além de ser um espaço de socialização, esta oficina gera renda para os usuários ao capacitá-los na confecção de bijuterias.
Oficina de Vídeo	Girando em torno da exibição de um filme, esta oficina ultrapassa a função meramente do entretenimento e trabalha elementos clínicos despertados por situações ou cenas presentes no vídeo.
Oficina Literária	Uma prática prestigiada no serviço, a oficina estimula a produção literária dos usuários. Como resultado do trabalho ali emergente, publicou um livro intitulado <i>Café com letras</i> .
Grupo de recepção	Espaço utilizado pelos três técnicos responsáveis pela porta de entrada para discussão dos novos casos. Não é um grupo para acolher novos usuários, e sim, uma reunião apenas entre os técnicos responsáveis pela recepção dos novos casos no CAPS.
Assembléia	Este dispositivo cumpre a função de abrir um espaço para a discussão sobre o funcionamento do CAPS com os usuários.
Musicoterapia	Esta prática trabalha aspectos cognitivos, mentais, físicos e sociais dos usuários por meio da música e seus elementos constituintes.
Oficina de Beleza	A oficina de beleza oferece aos usuários serviços como corte de cabelo e noções de higiene pessoal, unindo o cuidado com a saúde e a preocupação com a estética.
Rádio Vozeirão	Efetuada no auditório do CAPS, esta atividade socializa os usuários ao criar um espaço aberto para a música, a recitação de poesias e a apresentação de notícias.
Oficina de Educação e Saúde	Prática que conjuga ações de saúde (como caminhadas, informação sobre doenças, etc...) e de educação (como leitura/discussão de notícias de jornais).
Grupo de referência	Coordenados por uma tríade de técnicos, os grupos de referência funcionam como um mecanismo de ancoragem, acompanhamento e de responsabilização terapêutica frente aos usuários.
Reunião de Equipe/Supervisão	Ocorrendo juntas e com periodicidade semanal, a reunião de equipe e a supervisão configuram um espaço privilegiado para a equipe discutir qualquer temática pertinente ao CAPS.
Teatro	Este dispositivo cria e ensaia peças para apresentações dentro e fora do CAPS. Os roteiros, na maior parte das vezes, são baseados em situações reais que os usuários viveram.

## 6.5 – Os desafios da organização do trabalho e a intersubjetividade na equipe multiprofissional

De modo simplificado, a organização de um determinado trabalho costuma ser representada por mecanismos de divisão e de articulação, ainda que valha reforçar que estes, de maneira alguma, esgotem-na em sua plenitude. Os primeiros dizem respeito, no caso da assistência prestada nos serviços de Saúde, às formas institucionalizadas de sua segmentação, segmentação esta que é sempre requerida em trabalhos altamente complexos e especializados; e os últimos refletem os dispositivos utilizados para integrar os diferentes processos organizacionais. Justo afirmar que tais mecanismos são artefatos institucionais que não respondem apenas a requisitos técnicos, mas também às significações sociais e à realidade local de cada organização.

Considerando a assistência dos usuários do CAPS, uma primeira aproximação sobre os mecanismos de divisão do trabalho reporta-se à repartição do cuidado nas variadas atividades/práticas expostas na seção precedente. Esta forma privilegiada de fracionamento do macroprocesso de trabalho, em última análise, emerge como uma forma de organização das tarefas e promove o encontro das ofertas terapêuticas com as necessidades assistenciais dos usuários. Acena assim com a construção de uma oferta de cuidado enriquecida pela variabilidade das práticas oferecidas.

De fato, corriqueiramente o usuário do Bispo do Rosário participa de mais de uma atividade, figurando, no fundo, como denominador comum do entrelace de vários conhecimentos e ações terapêuticas, como, por exemplo, uma oficina e o grupo de referência. Em vista disso, as intervenções dos grupos de referência estão sobrepostas ao cuidado dispensado por outras atividades que, por seu turno, não são necessariamente realizadas pelos mesmos técnicos da equipe de referência, o que incrementa a necessidade de articulação no seio da equipe do serviço. Deste feita, se a oferta de variadas opções terapêuticas fornece o passaporte para um cuidado ampliado e potencializado, esta mesma ampliação do leque assistencial suscita o aprimoramento dos mecanismos de coordenação e de diálogo entre as práticas, posto que, do contrário, avoluma-se o risco de fragmentação. Esses últimos mecanismos surgem de forma tão crítica quanto intrincada no funcionamento dos CAPS, ainda mais

quando se leva em conta a ampla autonomia profissional - típica das Burocracias Profissionais - e a presença de outros fatores como o ecletismo das disciplinas e a alternância de frequência dos profissionais nos dias da semana.

Parece correto imaginar que, diante da existência destes fatores, certa opacidade entre os processos de trabalho em Saúde sempre existirá. Em contraste, essa suposição não deve esmorecer o intuito de maximizar a articulação entre as práticas assistenciais, notoriamente em função dos benefícios que sucedem desta iniciativa. Sendo assim, justifica-se inteiramente a apreciação das possibilidades de conexão das várias facetas do trabalho nos serviços assistenciais.

Especificamente sobre o diálogo entre as práticas no CAPS em questão, alguns aspectos foram levantados nas entrevistas:

Acho que não existe essa integração entre os grupos de referência e as oficinas. Acho que as coisas são completamente isoladas. Um defeito grave. Se você me perguntar o dia que acontece uma oficina, eu posso até chutar, mas não saberia com certeza. Então não existe essa comunicação boa não. São pequenos núcleos que acontecem aqui dentro. (PROFISSIONAL B)

Eu percebo que a (integração) poderia ser melhor. O que ocorre em uma oficina não chega ao técnico do grupo de referência. Tá melhorando um pouco porque já foi pior. Teve uma época que eu até me sentia perdida aqui dentro. (PROFISSIONAL G)

Eu acho que tem que ter um diálogo permanente. Pois se o grupo de referência é o espaço no qual há o contrato terapêutico, onde se pensa como ele (o usuário) vai se inserir aqui e porque vai se inserir na atividade X e não atividade Y, eu acho que seria completamente esquizofrênico se o grupo pensa em inserir em tal atividade e nem sabe o que está acontecendo lá, nem sabe como é, os propósitos. Mas acho que as pessoas têm aí um diálogo. (ATUAL COORDENADORA DO CAPS)

A gente tenta fazer uma integração. Por exemplo, a música da oficina do teatro foi feita na oficina literária. A oficina de musicoterapia também participa do teatro. Na oficina literária um dos temas foi a crítica do filme da oficina de vídeo. Na oficina de brechó muitas vezes vende-se bijuterias da oficina de bijuteria. Então há uma certa interação entre as oficinas. (PROFISSIONAL C)

A conservação da polifonia e do dissenso nas citações não deriva do acaso e cumpre a valiosa função de demonstrar que as percepções acerca do grau de interação das práticas passam ao largo da unicidade, o que encontra explicação nas distintas visões sobre tal matéria. Seja a interação entre as práticas entendida como troca de produção material entre oficinas ou como um profundo entendimento

dos técnicos sobre a prática alheia, existem, ao longo do serviço, diferentes expectativas sobre o tema. Em si, este é um dado valioso, pois discutir a articulação entre as práticas e os profissionais sem visitar suas significações para os sujeitos é incorrer no risco de produzir uma circularidade discursiva vazia.

No Bispo do Rosário, a comunicação surge em realce, logo na primeira citação, como um fator importante para a articulação das práticas, posição que encontra na literatura apoio considerável (PEDUZZI, 2001). Contudo, se alguns profissionais percebem certas linhas de comunicação estreitadas ou algumas práticas são vistas como encasteladas, esse quadro não significa, em absoluto, a inexistência de dispositivos que favoreçam a interação e o diálogo no CAPS Bispo.

Nesse marco, o Bispo do Rosário vem sistematicamente buscando estratégias para lidar com tal problemática e não se furtou a construir e burilar suas formas de coordenação do trabalho, constituídas fundamentalmente enquanto vetores de comunicação, discussão e deliberação institucional. Dentre esses, dois parecem axiais para o funcionamento do serviço, a saber, a reunião/supervisão semanal e as “micro-reuniões”.

A reunião de equipe/supervisão semanal manifesta-se como instância formal de coordenação do trabalho, tanto por sua regularidade quanto por denotar um espaço para o consórcio de todos os técnicos, no qual a discussão e a negociação entre os sujeitos resultam em arranjos organizacionais que pautam a realização do trabalho. Ela assume, assim, uma posição de centralidade nos espaços da instituição. Uma vez por mês a reunião de equipe/supervisão ocorre de maneira ampliada, contando com usuários e familiares.

As “micro-reuniões”, termo tomado de uma fala transcrita abaixo, versa sobre uma instância informal que deita suas raízes na cotidianidade e nas conversas que ocorrem diariamente na interação circunstancial entre os técnicos. Esse espaço corriqueiro, especialmente orgânico, é frequentemente esquecido como um mecanismo de integração em função de sua informalidade, mas parece indiscutível sua potência no serviço. Evidentemente, este mecanismo não desautoriza nem compete com a reunião de equipe, ao contrário, a complementa.

Aos dois dispositivos preferenciais e mais tradicionais, soma-se uma lista de *e-mail* que visa, a partir do uso de tecnologia da informação, alargar os canais de comunicação e o contato entre os profissionais. As falas a seguir retratam os mecanismos de coordenação e integração supracitados:

A gente tem o espaço da reunião de equipe que é o espaço oficial para esse tipo de costura. Fora isso a gente troca muito fora das reuniões, os técnicos fazem suas micro-reuniões e trocam muito sobre as atividades. Acontece às vezes certo isolamento de uma ou outra oficina, mas a gente está sempre problematizando isso, vem discutindo e está tentando integrar. O que não quer dizer que seja perfeito. Mas é uma preocupação nossa. (PROFISSIONAL A)

Nada impede que eu converse e faça observações com o médico (de outra equipe de referência) sobre os usuários nas minhas atividades: “ele disse isso, ele está legal”. O lugar central para o diálogo é a reunião de equipe, mas não quer dizer que tudo fica na reunião de equipe. Como alternativa, temos o e-mail de grupo que serve para trocar também, que surgiu quando percebemos que na reunião é muita coisa para um espaço curto de tempo. Lá discutimos casos clínicos e outras questões sobre o cotidiano do CAPS mesmo. Porque, por exemplo, alguns profissionais eu só encontro na reunião de equipe. (PROFISSIONAL F)

Se as “micro-reuniões” estão amparadas prioritariamente na lateralidade e no ajuste mútuo entre os profissionais, a reunião/supervisão de equipe, por sua vez, ainda que seja um espaço marcadamente democrático de discussão, desvela em sua estrutura alguma verticalidade, já que despontam ali, ao menos, dois lugares institucionais diferenciados: a coordenação e a supervisão do CAPS.

Ator estratégico e motriz, a figura do coordenador(a) de um CAPS inspira algumas particularidades que não fogem à vista nas reuniões de equipe/supervisão. A atuação de um gestor de CAPS, seja no âmbito interno de suas atividades ou na articulação externa com a rede, exige uma habilidade política e grupal especialmente aguçada, pois a autonomia profissional inerente ao campo da Saúde e as premissas democráticas do movimento de Reforma Psiquiátrica exigem a formação de uma liderança capaz de fazer avançar o funcionamento do serviço sem cair na tentação autocrática.

Em acréscimo, geralmente os coordenadores dos CAPS, e o Bispo do Rosário não configura exceção, repartem sua atenção, tempo e investimento psíquico entre a clínica e a gestão, atuação que tem como resultado um duplo papel, como citado pela coordenadora do CAPS:

Na verdade eu e todos os coordenadores que eu conheço também estão na assistência. É uma posição muito delicada. Você tem todas as atribuições de um cargo de chefia e tem

ainda as atribuições de se posicionar como alguém que está na assistência.[...] Acho que até quando eu estou nessa coisa da coordenação e eu tenho que tomar uma decisão, tomar uma atitude ou qualquer outra coisa eminentemente administrativa, eu não consigo prescindir de um lugar de escuta não. (ATUAL COORDENADORA DO CAPS)

A supervisora, por seu turno, enquanto elemento exógeno à equipe, pauta sua inserção na reunião pela preocupação constante de re-visitar as práticas, pois uma de suas funções precípuas é abrir veredas para se repensar o funcionamento do CAPS Bispo, como relatado na transcrição abaixo e percebido na observação participante. Da mesma forma, a supervisora cumpre o papel de balizar as discussões e organizar a pauta da reunião a partir das temáticas que brotam da equipe técnica. Com efeito, o exercício desta função flui permeado por uma posição de suposição de saber da supervisora, posição esta que é afiançada pela equipe, mas que não retira da reunião de equipe sua qualificação como um espaço no qual o debate e a discordância estão preservados:

A reunião vai acontecendo, a gente vai discutindo casos ou situações do serviço em si, não precisa ser um caso: (pode ser) oficinas, grupos, atendimentos, intercorrências clínicas, a porta de entrada a gente tem discutido bastante, situações de agressão, qualquer coisa que acontece nós discutimos na reunião de equipe. E a supervisora parece que tem sempre uma questão em torno do que está sendo discutido. E que faz a gente pensar: peraí, de fato, a gente devia estar dando conta disso, a gente pode se organizar dessa maneira para poder dar conta disso que a gente sabe que tem que dar conta, mas que a gente não estava conseguindo. (PROFISSIONAL A)

Notadamente no CAPS Bispo, outro aspecto sobressai na reunião de equipe: o investimento na revisão crítica acerca das ações terapêuticas. Ao contrário do que se possa captar por meio de uma visada descuidada, essa apreciação crítica não alcança simplesmente as falhas da assistência ou os erros administrativos. Ele se propõe a iluminar o profundo abismo que é a indagação sobre o papel da equipe técnica, o que se espera dos serviços prestados e sobre a própria natureza da assistência em Saúde Mental.

Em larga medida, o apelo por supervisão nas reuniões de equipe responde a essa característica da Saúde Mental, que se fez mais proeminente, sobretudo, após o advento da Reforma Psiquiátrica e da reconstrução das propostas de cuidado à loucura. É neste apelo reflexivo que se arvora a presença da

supervisão, olhar exterior que, em tese, pode transmitir algo além daquilo que se apresenta no próximo e imediato e, em seu papel grupal, (retro)alimentar o próprio imaginário da Reforma Psiquiátrica.

A supervisão, realizada no âmbito grupal das reuniões de equipe, pode assim exercer o papel de representante deste imaginário, fornecendo apoio para o trabalho psíquico demandado pelo processo de mudança assistencial e para a aglutinação dos profissionais em torno de um eixo de cuidado. Nesta proposta, a reunião de equipe seria formulada e materializada como uma esfera coletiva que possibilita o manejo do grupo e seu *suporte*. No que se refere a este último aspecto, retoma-se aqui Onocko Campos (2003) que, ao tratar dos espaços coletivos em Saúde, recorre ao conceito de *suporte* de Winnicot, função capaz de sustentar e estruturar uma personalidade, no caso acima, o próprio grupo; para a psicossociologia francesa, esses espaços são igualmente *locus* privilegiados para o compartilhamento de projetos coletivos.

Além do fracionamento do trabalho nas práticas assistenciais e de suas possibilidades de coordenação, alvos de discussão na seção passada e no início desta seção, convém sublinhar a existência de outro ângulo capaz de representar a divisão/articulação do trabalho em um CAPS, qual seja, as atribuições de cada profissão. Sendo os grupos de referência e a maioria das atividades essencialmente multidisciplinares, poder-se-ia afirmar que a divisão do trabalho pelas distintas atribuições profissionais está arraigada na própria segmentação da assistência pelas práticas, servindo inclusive de sustentáculo para esta. Esta matéria insurge com tamanha relevância para a dinâmica do trabalho em um CAPS que inspira mais detalhes em sua análise.

Surgido no embalo da complexidade e da reestruturação do trabalho contemporâneo, o imperativo da equipe multidisciplinar não pode ser lido na superfluidade ou por um viés idílico, seja na Saúde Mental ou em outras atividades laborais. Dejours, ao ponderar sobre as organizações na atualidade, acusa a existência do individualismo e sinaliza que “*a partir de certo limite, o individualismo generalizado pode conduzir a desordens preocupantes em matéria de organização do trabalho de qualidade, de produtividade, de segurança*” (DEJOURS, 1994, p. 61).<sup>121</sup> O individualismo, um dos

---

<sup>121</sup> O autor alerta, todavia, para a naturalização do *individualismo triunfante* que, ao ser entendido como um contexto inexorável e determinado fora das organizações, pode servir à resignação e ao desengajamento frente a mudanças na

atributos da sociedade contemporânea debatidos anteriormente nessa dissertação, foi também ressaltado por Sá (2005) como um dos enfrentamentos para a formação de ambiente solidário nas organizações.

A injunção que invoca a cooperação, a solidariedade, o respeito ao outro e a troca profissional como elementos para um bom espírito de equipe viabiliza-se apenas na observância das possibilidades intersubjetivas dos partícipes de determinada prática, não sendo possível atingi-la simplesmente porque é desejável. Pelo prisma das relações intersubjetivas e do imaginário organizacional expande-se a capacidade de compreender a interação nas equipes profissionais, que pode variar de cenários extremamente favoráveis para a cooperação até ambientes vincados tão-somente por rusgas, intolerância e individualismo.

Alguns aspectos da dinâmica intersubjetiva, até pela dificuldade de problematização, costumam ser preteridos no estudo das organizações. Neste sentido, invocam-se as teses de Enriquez (1997) sobre o conflito estrutural entre o reconhecimento do desejo e o desejo de reconhecimento soldado às formações grupais. De uma parte, o indivíduo almeja o reconhecimento de seu desejo e de sua singularidade frente ao grupo, com vistas a submeter este aos seus próprios desígnios e concepções. Em paralelo, o indivíduo anseia ser reconhecido como membro do grupo, comungar com seu objeto de idealização e com seu projeto comum e fundir-se a uma identidade grupal. Particularmente profícuo é pensar essa dinâmica diante do projeto da Reforma Psiquiátrica e dos profissionais nos serviços substitutivos, visto que o horizonte compartilhado é amiúde obnubilado pela incapacidade de negociar concepções profissionais prévias.

Neste sentido, as organizações, indubitavelmente, estão entrecortadas por um eterno jogo de amizades e inimizades, de alianças e oposições políticas, de acordos e desacordos. Nesta discussão, Enriquez (1997) investiga os conflitos da dinâmica grupal e atesta que seus destinos podem desembocar em uma série de posições interpoladas, cujos extremos são, por um lado, a aceitação do caráter não-monolítico de determinado projeto, de modo que este acaba se beneficiando das argumentações

---

dinâmica intersubjetiva. No fundo, esta configuração pode ser uma postura defensiva dos membros de uma equipe ante as pressões do trabalho, minimizando sofrimento psíquico, mas configurando-se como não-definitiva.

antitéticas dos membros do grupo; por outro, a maximização das contradições na coletividade a tal ponto que o investimento no projeto, por fim, dissipa-se em embates intergrupais ou interpessoais.

Adentrando no campo da Saúde, conforme atestado no capítulo quatro, a defesa da equipe multidisciplinar ganha força nas últimas décadas, agarrando-se na possibilidade de suplantar a fragmentação excessiva do cuidado (CAMPOS, 1997). Aventurando-se na direção da valorização da intersubjetividade, Lopes, Henriques e Pinheiro (2007) cancelam a idéia de que no trabalho de uma equipe de Saúde as ações não são direcionadas apenas por saberes, métodos e técnicas de diferentes formações, mas também por valores produzidos dentro e fora do ambiente de trabalho.

Em suas análises sobre a temática, Onocko Campos (2003) pontua que as equipes multidisciplinares da maioria dos serviços de Saúde padecem com padrões de relacionamentos interpessoais fincados na ameaça que o outro representa, fracassando na constituição de áreas intersubjetivas que permitam a experiência da diferença como uma vivência não-mortal. Caso petrificada no solo assistencial, vale salientar, tal configuração oferece sérios riscos para a oferta de cuidado aos usuários. Os espaços coletivos de gestão devem operar em sua função de *suporte*, tal como descrito acima, para manejar tal problemática.

No mesmo rumo, a proposta de equipe interdisciplinar é consagrada quase como estribilho na literatura e nas políticas públicas da Saúde Mental e foi abordada na parte teórica como um dos pontos decisivos na inflexão operada pela Reforma Psiquiátrica. Salientada no capítulo quatro, essa realidade multiprofissional ganhou uma conotação ainda mais forte, em grande parte, em função dos movimentos de Reforma Psiquiátrica e de um contexto gnosiológico assentado no leito da complexidade. Posto em xeque o projeto biomédico psiquiátrico e a exclusividade do modelo manicomial como narrativa única da loucura, o modelo de atenção psicossocial brasileiro tem por companhia a perspectiva interdisciplinar, posicionamento que em tese é capaz de suprir uma proposta terapêutica multifacetada e integral.<sup>122</sup>

---

<sup>122</sup> Campos (1997) coloca que as experiências filiadas à escola basagliana apresentavam uma tendência à perda da identidade profissional, transformando os técnicos em polivalentes e facultando, na prática, a perda das especificidades de cada profissão. Nesta direção, o combate à rigidez da especialização defendida por Basaglia opõe-se à fragmentação do processo terapêutico, posição que tem influência no cenário brasileiro e pressiona a convivência dos distintos saberes na arena assistencial no sentido de uma real atenuação das fronteiras que os separam.

Em acréscimo, a linha terapêutica da Reforma Psiquiátrica Brasileira assenta-se na ênfase dada ao sujeito, preterindo a focalização *strictu sensu* na doença. Esta disposição impele os serviços à formulação de uma ampla gama de atos assistenciais que, ao estender seu raio de ação, supõe maior variabilidade de profissionais. Esta construção teórico-prática, Campos, ao se apoiar em Basaglia, reelaborou e extrapolou para toda Saúde Pública na ambiciosa e contra-hegemônica proposta da Clínica Ampliada.<sup>123</sup>

Diante da expansão das possibilidades teórico-práticas advindas de uma equipe composta por diversas formações profissionais, a capacidade dos técnicos em sustentar um espaço compartilhado favorável à realização das práticas assistenciais e à elaboração dos conflitos que desafiam um projeto coletivo é a contrapartida exigida para que as vantagens imaginadas a partir de sua existência estejam encarnadas realmente nos meandros do serviço.

Através da descrição do quadro funcional do CAPS, exposta na seção precedente, pode-se comprovar que o serviço em questão comporta, de fato, um conjunto de técnicos de formação diferenciada, o que proporciona aos usuários quedar-se na confluência de olhares e saberes díspares. Todavia, ao desnudar no serviço as decantadas camadas da história do trabalho em equipe, é indispensável fazer referência à rotatividade de profissionais que pontilhou sua trajetória, dado que, devido sua relevância, foi apontado pela coordenadora do CAPS como uma das marcas desse serviço:

Algo que aparece na fala das pessoas acerca da história desse serviço é o fato de muitas rupturas no sentido de muitas saídas de muitos profissionais da equipe daqui. É um CAPS marcado pela passagem de muitos profissionais, mas com um tempo relativamente curto. [...] Uma equipe que tem uma alta rotatividade de técnicos traz algum impacto; porque a gente sabe que os pacientes graves levam algum tempo para estabelecer a transferência, construir vínculos de confiança que possibilitem o cuidado, o tratamento, e provavelmente quando isso está acontecendo com alguns aquele técnico sai. Acho que isso aparece na fala de alguns pacientes quando temos técnicos que se ausentam por algum tempo, por férias ou outra questão, e dizem “mas não vai sair não, né?”, de tão atravessados que esses pacientes estão por esses cortes. (ATUAL COORDENADORA DO CAPS)

---

<sup>123</sup> Cf. Campos (2003).

Essa rotatividade não se manifesta somente no Bispo do Rosário, imprimindo sua marca em outros serviços de Saúde Mental<sup>124</sup> e, a rigor, no próprio mundo contemporâneo. Apesar de faltar um caráter absoluto de atipicidade, a substituição de profissionais no Bispo do Rosário será discutida com mais detalhes em seção posterior, especialmente por meio da temática do vínculo subjetivo constituído entre os profissionais e o serviço. De todo modo, a atual equipe foge ao padrão de rodízio de profissionais que caracterizou o Bispo do Rosário por tanto tempo, condição apreendida na própria fala dos técnicos: *“Então alguns profissionais estão sendo uma novidade, como eles estão se mantendo aqui dentro. Porque eles iam e vinham, iam e vinham”* (PROFISSIONAL D) ou ainda *“Isso (a saída de profissionais) aconteceu de uma maneira bem impressionante. Até que agora deu uma acalmada. Mas nos primeiros meses que eu trabalhei teve várias entradas e saídas.”* (PROFISSIONAL C)

Sobre a atual equipe multidisciplinar, a textura das relações interpessoais insurgiu em muitas entrevistas. Os trechos reproduzidos abaixo retratam a interação da equipe no Bispo do Rosário, abalizando algumas percepções dos profissionais sobre esse tópico:

Tem uma certa relação de equipe que é muito próxima. A pessoa para trabalhar no CAPS tem que ter um pensamento de equipe muito forte. O principal do CAPS é relação de equipe. Aqui tem um trabalho no qual a gente depende muito do outro. (PROFISSIONAL F)

A gente espera que seja interdisciplinar e que não seja só multidisciplinar não. Acho que aqui isso se dá de uma maneira bem tranqüila. As pessoas respeitam muito as diferenças de olhar, não só respeitam, mas entendem como contribuição e não como afronta, ameaça. (PROFISSIONAL A)

A gente tenta fazer uma integração desses olhares, principalmente na reunião de equipe. Claro que existem coisas específicas de cada uma dessas disciplinas, mas a gente tenta interagir, conversar, trocamos saberes. Nem sempre é fácil, nem sempre é sem conflito. (PROFISSIONAL C)

O reconhecimento acerca da importância da relação de equipe é trazido a lume logo na primeira fala, de modo que a constituição de uma equipe verdadeiramente fundada na experiência de grupalidade passa a ser um forte componente no discurso dos profissionais do CAPS. Em particular, a segunda

---

<sup>124</sup> Vide Reis ; Garcia (2007) e Rebouças (2007).

citação aduz uma avaliação da convivência da equipe, qualificando-a como tranqüila e pautada pelo respeito mútuo entre os saberes, além de trazer à baila a intenção de integrar de modo mais radical as disciplinas, passando da multidisciplinaridade à interdisciplinaridade.<sup>125</sup>

Na mesma temática está pautado o terceiro trecho, no qual fica registrado, como contraponto, que o esforço de integração não está isento de conflitos. Estas disputas, em última análise, são inseparáveis da convivência humana, mas assumem singular peculiaridade na própria multiplicidade de olhares que recortam a Saúde Mental, frequentemente instaurando áreas de fricção entre as diferentes profissões. Por certo, no dia-a-dia de trabalho o pensamento de equipe aludido na primeira citação endereça-se para a capacidade de interação que cada técnico deve ter no trato com os demais profissionais. Todavia, esta interação aponta para algo mais do que o simples encontro entre disciplinas ou saberes, jogando luz, no fundo, para o encontro entre os sujeitos que personificam e animam suas respectivas categorias profissionais, isto é, técnicos atravessados não apenas por suas formações acadêmicas, mas também por questões inconscientes e narcísicas.

Nesta perspectiva, as áreas de fricção acabam tomando feição no encontro intersubjetivo dos técnicos, ou seja, estão atreladas a sujeitos concretos que são mais complexos que seus invólucros profissionais. Por conseguinte, os conflitos na equipe multidisciplinar nunca são conflitos puramente entre profissões, mas dizem respeito igualmente aos sujeitos que encarnam papéis profissionais. Somente partindo desta posição é possível compreender que o encontro dos distintos profissionais inclui igualmente uma exigência psíquica basilar, que é o desafio de limitar o narcisismo de cada participante de equipe.

Trata-se aqui menos de negar que as diferentes concepções de Saúde Mental de cada profissão contribuem para a instalação de querelas na equipe e mais de pôr em relevo que estas se concretizam de distintas formas dependendo da dinâmica intersubjetiva dos técnicos em questão e do investimento destes na construção do projeto compartilhado. Gomes, Pinheiro e Guizardi (2005) defendem que os atritos entre diferentes formações profissionais são explicados em parte pela transposição automática, para o campo de trabalho coletivo, dos constructos teóricos nos quais cada profissão/saber finca seus

---

<sup>125</sup> Conferir em nota no capítulo três a discussão desses conceitos no campo da Saúde Mental.

pilares de ação. Decerto existe uma tendência dos saberes permanecerem cada qual encerrado em suas concepções de loucura, em suas atribuições protocolares, em seus interesses corporativos e em seus estatutos profissionais. Sem negar essa assertiva, cabe realçar que é inócuo analisar estes entrechoques sem apreciar as relações intersubjetivas nas quais estes se efetivam.

Por exemplo, no caso do Bispo do Rosário, ao se reportar ao trabalho de campo e ao discurso apreendido nas demais entrevistas, a aparente contradição entre a tranquilidade na equipe ressaltada na segunda citação e os conflitos afirmados no terceiro trecho desvela a existência de uma aposta comum entre os sujeitos desta equipe, sem que isso signifique, contudo, que o descompasso entre os projetos de cada profissão esteja varrido integralmente da paisagem.

De todo modo, a despeito do desgaste, das angústias e do mal-estar que possam acarretar, as disputas, desde que dentro de certos limites, propiciam a manutenção de fissuras na instituição, evitando a imutabilidade das regras e das práticas e propiciando um favorável “estado de crise latente” (LÉVY, 2001). O movimento de abdicar da miragem de uma organização plenamente harmoniosa e de preferir o “fantasma do uno”, nos dizeres de Enriquez, cede espaço para o reconhecimento das divisões, alianças, fissuras e conflitos que a perpassam, introduzindo a diferença, potencializando o imaginário motor e facilitando o desencadeamento de processos criativos e de mudança nos serviços de Saúde (AZEVEDO, 2002).

Em essência, essas falas depõem sobre uma contenda que é candente na área da Saúde Mental, qual seja, o estabelecimento das demarcações na atuação interdisciplinar, imbróglia que tenta conjugar, em uma mesma equação, a demanda pela interação das diferentes profissões com o respeito a suas especificidades. Entre a orientação de somente justapor diferentes áreas do conhecimento até a atitude que preconiza a formação de um único e mesclado *corpus* teórico-prático no campo da Saúde Mental, jaz a questão.

Considerando difícil a defesa de um inteiro apagamento das atribuições de cada profissão, o desafio apóia-se na criação de espaços de mediação que proporcionem uma interlocução efetiva entre os profissionais e seus saberes, sem que haja diluição de suas competências específicas. Essa convivência, muitas vezes, caracteriza-se por confusões e tensões, uma vez que a fixação das delimitações

profissionais pode se tornar enevoadada defronte a multiplicidade de situações que o profissional se expõe:

O que acontece, não sei se deveria acontecer, existe um alargamento das áreas específicas. Por ter toda essa política de equipe multidisciplinar, arbitrariamente se prescreve sem ser médico, às vezes se atende em psicoterapia sem saber fazer isso, mas não acho que isso seja bom não; o que seria melhor seria se houvesse um azeitamento no qual as diversas áreas conseguissem atuar na sua coisa, tendo um diálogo entre elas, mas sem sobrecarregar uma ou outra área. Mas cada uma tenta ir além do que sabe fazer, por toda a política “temos que trabalhar em equipe”, mas com certa impropriedade nisso. (PROFISSIONAL B)

É forçoso notar que a subsistência de algumas especificidades profissionais não representa a ausência de atos terapêuticos passíveis de ser efetuados por todas as profissões, configurando, deste modo, *franjas da assistência* que escapam da singularidade de cada disciplina. Essas franjas localizam-se nas fendas existentes entre as zonas exclusivas de atuação de cada profissão, como no caso de promover o acolhimento de uma emergência. A recusa de um profissional em agir nessas franjas pode causar mal-estar à equipe:

O trabalho em equipe traz todos esses desafios para a gente como quando a gente ouve: “Ah, não é meu trabalho, é seu”. Até acho que é uma frase que a gente escuta muito pouco aqui, não é tanto, mas a princípio, a gente pensa que no CAPS, nem deveria existir uma frase assim. (ATUAL COORDENADORA DO CAPS)

Se existe um movimento alinhado com o alargamento dessas franjas assistenciais, este não apaga determinada resistência acerca da flexibilização das fronteiras profissionais, o que guarda relação com o fato da identidade profissional se solidificar por intermédio de um processo de formação que dura anos e anos.

No âmbito da Saúde em geral, as proposições de Campos (1997) defendem que a interface entre os diferentes profissionais de Saúde estabeleça-se com base na distinção de dois espaços inclusivos, um mais geral, o campo de competência/responsabilidade, que não se oferece ao monopólio de nenhum saber e constitui-se como uma área de intersecção; e um mais específico, o núcleo de competência/responsabilidade, que estaria reservado às atribuições exclusivas de determinada profissão.

O autor sugere a adoção desta discriminação como maneira de preservar a autonomia típica do trabalho em Saúde, sem abrir mão de uma responsabilização mais coletivizada.

Na Saúde Mental, por outro lado, a ausência de um solo epistemológico comum e as diferenças no modo de representar o usuário e a assistência entre as profissões parece se radicalizar, implicando mais dificuldades para a negociação entre os membros da equipe. A pressão pela multidisciplinaridade neste campo, entretanto, não permite que essa radicalização seja impeditiva no que concerne a criar espaços povoados por diversas profissões, ainda mais porque esse convívio não almeja apenas uma integração técnica, mas, sobretudo, uma alteração na concepção do cuidado. Assim, as *franjas da assistência* detectadas neste estudo versam sobre espaços eminentemente concretizados na esteira da Reforma Psiquiátrica e que objetivam completar as lacunas que separam as profissões, não apenas margeando e limitando as competências das especialidades, mas transformando a assistência. Como tais espaços coletivos estão perenemente suscetíveis a choques entre os projetos assistenciais das distintas formações profissionais, uma dinâmica grupal e intersubjetiva que seja pavimentada na produção de bons vínculos entre os profissionais figura como artigo imprescindível e opera como um agenciador potente, facilitando a resolução de possíveis impasses.

De todo modo, mesmo as ações que comumente estão fora dessas franjas e que ficam sob exclusivo domínio de certas profissões, como a prescrição de medicamentos pelos médicos, podem ter sua execução realizada no âmbito da equipe, pois assim ficam suscetíveis à contribuição dos demais profissionais. Essa abertura não surge facilmente nos serviços e depende frontalmente dos conteúdos veiculados no decorrer da formação profissional dos técnicos, do vínculo do profissional com o ideário da Reforma Psiquiátrica e da realidade de cada serviço de Saúde. Similarmente, uma verdadeira abordagem interdisciplinar residiria, em última análise, na própria capacidade da equipe de negociar seus papéis, discutir os saberes e criar novos consensos (ONOCKO CAMPOS, 2000).

No Bispo do Rosário, esse diálogo entre as categorias profissionais e seus respectivos cabedais teóricos encontra na premissa interdisciplinar um *a priori* e na execução da maior parte das práticas assistenciais, em especial no grupo de referência, um lugar de experimentação. Conforme asseverado

antes, mesmo sendo recente a constituição dos grupos de referência no Bispo do Rosário, a iniciativa é benquista pelos profissionais:

Há algum tempo nós começamos uma experiência, de nove meses, que é (o fato das) referências serem por grupos, o que acarreta que as consultas médicas sejam interdisciplinares, sendo interconsultas. [...] Os profissionais fazem um grupo que se pretende a acompanhar o projeto terapêutico do paciente e esse é um grupo de discussão, de troca, de encontro e também é o espaço médico para medicar. (PROFISSIONAL A)

Participo do grupo de referência e nós atendemos usuários e familiares em grupo e tentamos dar um atendimento mais humano do que era anteriormente, que era realizado só pelo psiquiatra individualmente. Ele (o grupo de referência) tem uma visão mais multidisciplinar, mais visões diferentes e nesse grupo de referência não é apenas a medicalização do paciente, mas é ouvir esse paciente, seus problemas e como eles estão enfrentando seus problemas. Eu avalio minha inserção como muito interessante. (PROFISSIONAL C)

A avaliação positiva da iniciativa por parte dos profissionais não serve de escudo nem mimetiza as dificuldades intrínsecas ao processo de mediação, especialmente quando se atenta para como as diferenças de prestígio e poder entre as disciplinas afetam a interação da equipe. Com o fito de precisar ainda mais os traços constituintes do trabalho em equipe na Saúde Mental, faz-se oportuno tocar neste ponto, focando mormente nos médicos, profissão hegemônica no campo da Saúde e na história moderna da assistência à loucura. Retomando as considerações de Figueiredo (2000) do capítulo quatro, em muitos serviços de Saúde Mental conforma-se uma *equipe hierárquica*, na qual a posição de centralidade do médico estrutura as relações de poder de forma perniciosa para a equipe.<sup>126</sup>

Decantadas por muito tempo na assistência, a tradição da psiquiatria e sua capacidade de intervenção no biológico emprestam à mesma uma condição *sui generis* frente aos demais campos profissionais, seja porque está cercada de enlevo, por um lado, seja porque está envolta em críticas, por outro. As críticas, explica-se, advêm de setores do campo da Saúde Mental preocupados com o excesso de medicalização dos usuários e com a própria concepção da loucura como doença mental, pontos que são extremamente sensíveis, especialmente após os movimentos mais vigorosos de Reforma Psiquiátrica, já expostos no capítulo dois.

---

<sup>126</sup> Cecílio indaga: *Seria possível apontar uma única experiência em que os médicos, enquanto estamento profissional, houvessem aberto mão de um mínimo que fosse de sua autonomia real em nome da construção da autonomia ampliada da equipe?* (CECÍLIO, 1999, p. 324)

Ainda sim, o prestígio exalado no exercício da psiquiatria persiste e vem na esteira da própria admiração que a medicina desperta na sociedade em geral. Tanto por intermédio da forte demanda dos usuários por atendimento médico (mais valorizado que os demais), quanto pelo papel imputado aos psiquiatras na cadeia de cuidado (é o profissional comumente chamado para intervir nos casos mais graves ou de crise), a psiquiatria permanece em uma condição diferenciada em relação às demais profissões.

Esta distinta posição ocupada pela medicina evidentemente não se restringe a área da Saúde Mental e logra uma influência ímpar nos serviços de Saúde em geral. A tal ponto que Cecílio (1999) expõe que a administração dos hospitais estriba-se em um sistema dual de autoridade, no qual a estrutura formal e burocrática, assim como suas exigências de racionalidade e eficiência, convive com o poder carismático e a competência técnica dos médicos de resgatar pacientes da morte. Deste modo, à divisão do trabalho pelas profissões corresponde uma repartição do próprio poder na instituição. No caso do CAPS, a forte presença da psiquiatria não se furtou a aparecer. À guisa de ilustração, quando se alude a um grupo de referência no Bispo do Rosário, a denominação dos mesmos traz consigo o nome do psiquiatra que o compõe, de sorte que estes são batizados como o “Grupo do (nome do psiquiatra)”, demarcando certa posição simbólica para o médico, profissional que efetivamente nomeia o grupo.

Contudo, em função da reflexão crítica proposta pela Reforma Psiquiátrica, o exercício do poder médico na Saúde Mental ocasiona, em determinados momentos, constrangimentos no restante da equipe:

As pessoas aqui costumam dizer que não, mas a coisa do poder médico deixa as pessoas meio melindradas às vezes. Alguns médicos não se colocam também na posição de dividir. (PROFISSIONAL D)

A despeito de estar presente e reforçado nas duas pontas da assistência, os usuários e os profissionais, o amplo predomínio do poder médico vem insidiosamente sofrendo fissuras na Saúde Mental, notadamente no sentido de potencializar o espaço de influência dos outros profissionais. De fato, o movimento que propicia a presença de três profissionais de diferentes aportes teóricos nos

grupos de referência demonstra essa transformação, suscitada também em outros serviços de Saúde Mental no vácuo da Reforma Psiquiátrica e que denota o empenho em articular os saberes que coabitam os CAPS.

Importante notar que a exigência contemporânea em prol da organização do trabalho em equipes ganha expressão na Saúde Mental, moldada tanto pelas particularidades do campo da Saúde quanto pela história da Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica. Inicialmente em função da própria realidade institucional do SUS, empobrecida em sua capacidade de atrair e reter profissionais tecnicamente qualificados e depauperada nas ofertas de treinamento e desenvolvimento de seu corpo técnico. A qualificação profissional dos técnicos e dos gestores, ainda que não esteja focalizada no escopo desta dissertação, em absoluto pode ser relegada a um plano secundário, sendo crucial para a constituição de uma equipe habilitada diante das demandas dos usuários.

Além disso, a diretriz multiprofissional e interdisciplinar propugnada pela Saúde Mental no Brasil, de fato, gera fina tensão tanto com o exercício da autonomia típica das organizações de Saúde quanto com a conservação das identidades profissionais. Essa diretriz, por outro lado, não deve ser lida apenas pela tensão que ela gera, mas prioritariamente pelas possibilidades que abre, servindo inclusive como moderadora da autonomia profissional e, por sua envergadura, sendo capaz de funcionar como pedra de toque da assistência no CAPS.

Finalizando esta seção, vale por em relevo que o esforço e as dificuldades de articulação do trabalho em um CAPS mostram sua magnitude no desafio de buscar mecanismos que, em um só golpe, aproximem e articulem institucionalmente as práticas e os saberes profissionais, sem que disto decorram ameaças a cara autonomia profissional. O cruzamento de diversas práticas e profissionais é uma realidade que, de uma parte, impulsiona uma assistência mais complexa e completa, mas, de outra, exige uma composição organizacional capaz de elaborar os choques que brotam do ventre dessa pluralidade, extraindo desta, na medida do possível, benesses para a assistência.

Deste modo, se o aporte de múltiplos saberes e a presença de um amplo sortimento de práticas são inquestionavelmente salutares, nas raias da complexidade da assistência à loucura estes reclamam perpetuamente uma capacidade de abertura ao coletivo, além de um funcionamento de equipe

atravessado por certa disposição para limitar o narcisismo individual em favor do projeto compartilhado. Ressalta-se neste marco o modelo de gestão, sempre na tensão entre o instituído e o instituinte, como ponto de sustentação e de coordenação do trabalho, peculiarmente no que se trata de sua desenvoltura para abrir espaço para decisões coletivas e de sua destreza em considerar a trama de mediações intersubjetivas presente entre os atores. (ONOCKO CAMPOS, 2003)

## 6.6 - O CAPS Bispo do Rosário: acessando os sentidos da assistência em Saúde Mental

Se as seções precedentes discorreram sobre elementos da estrutura física, do desenho organizacional e da relação de equipe do Bispo do Rosário - não apenas em seus aspectos mais concretos e objetivos, mas também em suas dimensões simbólica e imaginária -, o desafio de compreender a dinâmica do trabalho em Saúde Mental não se encerra em tão exíguo espaço. Ao revés, é apropriado supor que um maior foco nas imagens e nas representações endereçadas propriamente à assistência prestada pelo serviço ofereça contribuições indispensáveis para o entendimento do trabalho ali perpetrado. Tal iniciativa reproduz-se nas seções 6.6 e 6.7, de modo que na primeira dessas seções o intento é privilegiar as imagens e as representações mais genéricas da assistência, ao passo que na seção 6.7, os matizes da relação usuário-técnico serão enfatizados de forma mais estrita. Em ambos os casos, as análises alimentam e aprofundam a apreensão da cena organizacional, não exatamente por abrir as cortinas que ocultam uma superestrutura conseqüente de todo resto, mas por fazer surgir sentidos que cruzam fortemente a realização do trabalho, marcando-o e influenciando-o de modo incontestado.

Na abordagem da psicossociologia francesa, em conformidade com o explicitado no capítulo quatro, a *démarche* da perspectiva clínica é presidida exatamente pelo intento de aclarar os sentidos, as imagens e representações emergentes da organização, sempre na observância da conjunção entre a coletividade (seus mitos, narrativas e crenças) e os indivíduos (seus desejos inconscientes e vontades conscientes) que a compõem. De molde que *“a questão do sentido – de sua emergência, de seus efeitos, de suas metamorfoses – apareceu, assim, como elemento determinante da clínica social*

*aplicada especialmente às organizações; não há organização sem produção de sentido” (LÉVY, 2001, p.16).*

Nesta direção, o recuo a história do serviço é um ponto de partida para escrutinar seus sentidos. Como frisado anteriormente, o surgimento do Bispo do Rosário resultou da materialização das políticas públicas da área de Saúde Mental, políticas estas que se firmaram na esfera nacional, municipal e no próprio Complexo Juliano Moreira. Malgrado a correção desta afirmativa, é válido fitar sua desarmonia diante de algumas premissas presentes na constituição de outros CAPS. A ocupação de um antigo pavilhão, o fato de estar dentro das terras da antiga Colônia e a distância da malha urbana atribuem ao mesmo certas particularidades.

Em um primeiro momento, a arrebatadora concretização do CAPS Bispo do Rosário, corolário de luta política e técnica, suavizou todas essas arestas, mesmo que o atrito do serviço com um ideal de CAPS fosse sensível em um leve roçar dos dedos. Foi assim que o espaço recobriu-se simbolicamente com a representação do avanço promovido pela Reforma Psiquiátrica, celebrando um processo que, é lícito sinalizar, teve precursores (como, por exemplo, o CRIS), mas que disseminou a sensação de que o ideário de transformação da assistência grassava organicamente no Complexo Juliano Moreira, tal qual exposto no relato do membro do Centro de Estudos do IMASJM:

Acho que o CAPS traz uma sensação de progresso. Um sentido de ir deixando para trás essa característica manicomial que a Colônia Juliano Moreira tinha. [...] Tudo isso é fruto dessa tentativa de mudança, de deixar para trás o confinamento e o isolamento das pessoas e de tentar transformar essa assistência externa, abolindo com esse isolamento. [...] Por isso ele dá um certo sentido de progresso e sucesso para esse movimento de transformação da assistência e de deixar para trás essa assistência que se fazia aqui (na Colônia Juliano Moreira) antigamente e de ir procurando nos afinar e nos integrar nessa rede de atendimento em Saúde Mental. (MEMBRO DO CENTRO DE ESTUDOS IMASJM)

O desligamento do CAD do HMJM e a subsequente constituição do serviço apontam para um mito<sup>127</sup> de origem que, enquanto narrativa, resume em escala menor a própria faina da Reforma

---

<sup>127</sup> Para Enriquez o mito “*utiliza uma variedade de significantes que têm por objetivo exprimir e disfarçar, simultaneamente, os desejos e as angústias [...] Quando ele funciona, o mito começa a viver de maneira autônoma, torna-se um artefato que paira sobre o grupo e pode corresponder à necessidade de manutenção ou de reforçamento da coesão social*”. Por fim, “*o mito, emanção do grupo, é também a expressão tanto dos fantasmas individuais quanto dos temores e dos desejos coletivos.*” (ENRIQUEZ, 1997, p.46)

Psiquiátrica, cujo labor refletia o esforço em desvencilhar-se da assistência manicomial e convergir para outro modelo de tratamento. De fato, o descolamento físico do HMJM não tinha como função tão-somente melhorias técnicas no funcionamento, mas carregava outra conotação para o serviço vindouro, ou seja, a criação de um espaço permeado por uma nova forma de atenção, destacado da internação e do ambiente hospitalar.

Emblemática, a constituição de um serviço que surgiu nas entranhas do hospital e que incessantemente passou a procurar outra *raison d'être* abriu veredas para a formulação e a experimentação de novas modalidades de cuidado, sempre enquadradas no desafio de, finalmente, dar vida aos anseios que acompanharam por anos os profissionais do CAD. A fala da primeira coordenadora retrata o momento da saída do hospital,

No início de 1998 surgiu o espaço atual do CAPS. Porque a gente, o CAD, era uma coisa meio apêndice do hospital e não tinha muita possibilidade de crescer. Então quando você corta, cria-se a possibilidade de tornar-se diferente, de ganhar peso e força. (PRIMEIRA COORDENADORA DO CAPS)

assim como os sentidos adquiridos nos primeiros passos do CAPS,

(O CAPS) Era um espaço de experimentação, de poder descobrir novas formas. Isso sempre foi o mais rico. Não tinha tédio. [...] Significou ter a possibilidade de estar ali e de experimentar e desenvolver coisas. E de perceber que se não estava dando certo, vamos desenvolver outras coisas e tentar no trabalho de equipe construir algo. Algo que não está pronto. Porque o CAPS é isso, algo que não está pronto, é um coisa viva. (PRIMEIRA COORDENADORA DO CAPS)

Se o afã de marcar certa distância do antigo imaginário do Complexo Juliano Moreira era saliente, essa separação foi relativizada por elementos prosaicos como sua proximidade das instalações hospitalares e sua dependência funcional, ocasionando certo desconforto nos profissionais do Bispo do Rosário:

Mas essa sempre foi uma questão: cria o CAPS dentro do asilo? Como vai ser? Vai ser diferente dos outros, não vai ter aquela autonomia, aquele distanciamento (do hospital),

aquela integração maior com a comunidade. (MEMBRO DO CENTRO DE ESTUDOS IMASJM)

A fala acima anuncia uma constante em toda a trajetória do serviço, isto é, a interrogação sobre sua inserção naquele espaço, salpicando de polêmica e singularidade sua existência. Fato impossível de escamotear, sua localização acabou cedendo ao Bispo do Rosário uma marca que adquire um peso identitário e simbólico de tal monta que o uso do termo *estigma* para qualificá-la em nada deve à descrição de E. Goffman<sup>128</sup> em seus escritos acerca do tema:

Por exemplo, sobre o CAPS ser aqui dentro do espaço hospitalar. [...] Esse CAPS foi um pouco marcado por isso, ele foi visto de forma diferente pelas pessoas fora da instituição, que não compreendem muito bem o que é isso aqui. Isso aqui hoje em dia é um bairro. Mas houve todo esse estigma. (MEMBRO DO CENTRO DE ESTUDOS IMASJM)

À mercê dessas peculiaridades, a sensação de *progresso* vivenciada pelos técnicos na inauguração do CAPS Bispo não impediu que este último tivesse sua atuação caracterizada por certa anfibia, na qual a emergência de um serviço que era símbolo da Reforma Psiquiátrica quedava-se imbricada à história de um dos mais tradicionais hospitais psiquiátricos na cidade do Rio de Janeiro. Ou seja, desde o momento de sua inauguração, o CAPS Bispo defronta-se com a questão de elaborar e manejar sua relação com o Complexo Juliano Moreira e, em particular, com o HMJM, instituição a qual foi subordinada por muito tempo. Estes liames lhe conferiam, por um lado, apoio administrativo e técnico, mas por outro, misturam-no à esfera hospitalar. Esse amálgama não passou oculto nas entrevistas:

Foi um CAPS que foi criado dentro da estrutura do Hospital, no caso o Manfredini, e durante muito tempo ele funcionou em uma sala dele. Era uma coisa bem misturada. E até bem pouco tempo nós vivíamos o reflexo disso, pois nossa relação com o Manfredini ficava uma coisa misturada. Tinha um pouco um ranço de que o CAPS era parte do Manfredini. O que para mim é muito louco pois não é o primeiro CAPS que eu conheço e eu sei que a proposta não é essa. (PROFISSIONAL A)

---

<sup>128</sup> Cf. Goffman (1982).

Para além da percepção de que essa condição fere a proposta original dos CAPS, essa citação deixa em seu rastro o sentido pejorativo dessa particularidade do CAPS Bispo do Rosário, quando a significa como um “ranço”, algo velho e antiquado que, apesar dos esforços contrários, subsiste. Se é inegável que a transformação do CAD em CAPS logrou êxito e moldou um serviço realmente encerrado no espírito da Reforma Psiquiátrica, sob outra perspectiva, o tão ansiado deslocamento frente ao HMJM não eximiu o Bispo do Rosário de continuar colocando-se *vis-à-vis* à influência imaginária do Complexo Juliano Moreira, como relata outro técnico:

A proposta em si do CAPS já tem um grande complicador que é o fato dele estar aqui dentro. [...] Acho também que os pacientes de fora (do Complexo Juliano Moreira) não têm muito acesso aqui, pois há esta invisibilidade. Então você não acessa a própria comunidade; você acessa os pacientes encaminhados do próprio asilo. Então a comunidade para ter atendimento tem que entrar na Colônia, que tem um imaginário ruim. O CAPS Bispo acaba tendo o imaginário da própria Colônia e faz com que isso comprometa um pouco. (PROFISSIONAL D)

Essa incontornável miscigenação repercute igualmente em outro trecho da entrevista deste técnico que, mesmo salientando que a Colônia hoje em dia pode ser entendida como um bairro, cita a carga de significações advindas do hospital:

Ainda tem a questão de estar na Colônia. É complexo isso, pois nós temos argumentos para as duas compreensões possíveis, no sentido de estar dentro ou estar fora. Pois você pode dizer a Colônia é um espaço com 20 mil moradoras, com linha de ônibus, com escola, comércio; por outro lado é um espaço circunscrito, tem aquele portão que eu acho horrível escrito *praxis omnia vincit* e isso marca uma diferença para o CAPS: é o imaginário social do hospital antigo. As pessoas já têm um preconceito. Mesmo quem nunca ouviu falar: “Ah, você trabalha na Colônia Juliano Moreira.” (PROFISSIONAL D)

Indagado sobre os elementos constituintes desse imaginário o mesmo entrevistado o apresenta como:

Toda a forma de conceito clássico de tratamento psiquiátrico antigo, antes da Reforma Psiquiátrica, tudo o que a gente não quer ser: tratamento de reclusão, de afastamento da sociedade, de hipermedicalizar e de conter a agressividade. (PROFISSIONAL D)

Não obstante o engajamento dos profissionais do Complexo Juliano Moreira, ainda é possível encontrar esse imaginário junto à sociedade. Assim, a inserção do Bispo do Rosário no antigo hospital psiquiátrico, seja por conta do componente arquitetônico, geográfico, administrativo ou imaginário, enseja um conflito de feições bem robustas. Ou ainda, seria apropriado asseverar que a influência destes simbólicos e imaginários artefatos manicomial torna mais agudo e explícito o atrito entre o passado manicomial e a proposta da Reforma Psiquiátrica.

Em tela, devido à proximidade com os traços concretos e simbólicos do antigo manicômio, está o risco do CAPS ser representado pelo corpo social a partir de uma imagem mestiça, fusão de elementos manicomial com as propostas da Reforma Psiquiátrica. Ou simplesmente como parte ainda integrante do manicômio, visão que é, decerto, combatida pelos técnicos:

Porque quando as pessoas vêem o CAPS dentro da Colônia acham que é tudo igual ao manicômio. O que não é verdade, porque o CAPS tem outra estrutura, totalmente diferente do manicômio. (PROFISSIONAL G)

As implicações da inserção do CAPS no Complexo Juliano Moreira fazem referência também à desvalorização do trabalho, ao preconceito sofrido pelo profissional e à invisibilidade diante da sociedade - como destacado pelas transcrições acima -, coadunando-se com os sentidos deletérios historicamente atribuídos à antiga Colônia, como o anacronismo técnico e sua “vocação para os incuráveis”, expostos em se o anterior desta disserta o.

Uma fala específica direciona aten o para os reflexos dessa colora o híbrida nas práticas assistenciais, pairando certa ambigüidade sobre seus efeitos. Esta ambigüidade não deve ser deslocada para um segundo plano, posto que sugere que essa mescla não   facilmente elaborada pelos profissionais:

Não tenho clareza do que eu vou te dizer, eu ainda não tenho isso elaborado, mas de algum modo, eu tomo que nós estamos em um espaço que traz uma marca histórica muito grande que   estar situado nas terras da Colônia e isso traz uma marca para esse serviço. Espero ter isso mais elaborado na minha cabeça, do que   isso que eu tomo como impacto. Quando cheguei aqui isso apareceu como um diferencial tanto para o funcionamento interno do serviço como para a rela o do serviço com o fora, com a rua. Internamente,   inegável, para mim que o hospício   um negócio muito grande, pois está atravessado no imaginário social de todo mundo e temos que tentar desconstruir isso.

Não tenho isso ainda elaborado, mas acho que em alguns momentos, algumas situações clínicas do CAPS sofriam intervenções que eu nomearia de manicomiais, não porque as pessoas estavam sendo negligentes ou irresponsáveis sobre aquilo, mas porque se tinha uma tentação de dar conta de tudo, não dar conta de tudo (no sentido) que a reforma propõe, mas em um viés manicomial. (ATUAL COORDENADORA DO CAPS)

Esse conjunto de nuances do CAPS, afluyente de sua inserção no Complexo Juliano Moreira, torna-se uma chave de análise relevante. Tal inserção se traduz, em determinado sentido, como um reconhecimento negativo<sup>129</sup>, como se depreende da fala da primeira coordenadora do CAPS: “*pele fato de ser lá dentro, ele era visto como o menino pobre frente aos demais CAPS.*” (PRIMEIRA COORDENADORA DO CAPS)

Mesmo considerando as boas relações entre o Bispo do Rosário e o IMASJM, ante o cenário descrito acima, o corpo técnico reage de molde a expor seu desejo de sair do Complexo Juliano Moreira e das atuais instalações do CAPS, conformando um movimento nada velado de des-filiação e que aponta para as benesses possivelmente advindas dessa separação. Entre elas, são aventadas, por exemplo, a inserção mais efetiva no território, a construção mais fácil de rede, a modificação do conjunto arquitetônico e a alteração nos sentidos assumidos socialmente por aquele serviço.

As duas falas abaixo citadas espelham esse desejo que, com efeito, parece compartilhado entre profissionais do CAPS, sendo alvo de discussão, seja nas conversas informais ou nas reuniões de equipe. Mais do que isso, a saída do CAPS do Complexo Juliano Moreira funciona como uma proposta aglutinadora sobre a qual estão projetadas as possibilidades de desenvolvimento do CAPS e que pressupõe novas significações imaginárias. Em torno de seu tom consensual, plasmam-se as expectativas dos técnicos:

O bom seria se o CAPS estivesse fora da Colônia, porque acho que as pessoas veriam com outros olhos. (PROFISSIONAL G)

Por exemplo, eu tenho um desejo muito grande que esse serviço saia daqui e que seja um CAPS de rua, numa casa, normal, com vizinho, com bar do lado. É uma coisa que eu sempre gostei de fazer e que me faz sustentar é a construção do trabalho em rede. Não entendo outro jeito de um CAPS existir. (ATUAL COORDENADORA DO CAPS)

---

<sup>129</sup> Refere-se aqui ao reconhecimento pautado pela negatividade que marca determinados indivíduos e grupos sociais e que pode gerar o esgarçamento ou o rompimento do contrato narcísico entre esses e o conjunto social que os circunda. (CARRETEIRO, 2003)

Esse movimento coletivo transpassado por investimento psíquico e pela mobilização da coordenação acarreta ações orientadas para promover tal mudança (como a negociação com a Secretaria Municipal de Saúde), conforme foi possível observar em diálogos na reunião de equipe e em outras oportunidades ocasionadas pela observação participante.

No fundo, esse empenho pode ser entendido como uma forma de reforçar o próprio papel do CAPS de ser o grande bastião da Reforma Psiquiátrica Brasileira, visto que tenciona aproximar ainda mais o serviço de suas propostas transformadoras. Contudo, se ainda existe espaço para uma maior aproximação, essa percepção não anula o reconhecimento do CAPS enquanto um legítimo representante da Reforma Psiquiátrica, acepção amplamente disseminada, como assinala um profissional que, ao ser perguntado sobre o significado de trabalhar no CAPS, responde, de pronto: *“significa trabalhar em um serviço de ponta da Reforma Psiquiátrica, uma instituição alternativa que é de extrema importância para que se possa substituir o modelo asilar.”* (PROFISSIONAL C)

Mesmo assumindo tons diferentes para cada técnico, o projeto comunal da Reforma Psiquiátrica impõe-se. E impõe-se por intermédio da idealização, da ilusão e da crença diante deste projeto, mecanismos que o elevam a uma condição de excepcionalidade, como asseverado no capítulo quatro. Assim, a equipe de profissionais do Bispo do Rosário parece se enquadrar nas palavras de Enriquez acerca dos grupos e seus projetos compartilhados: *“todo membro de um grupo é, numa certa medida, o porta-voz e o fiador ‘de alguma coisa’ que o ultrapassa e legitima sua ação e sua vida. Ele se sente invadido de uma missão”* (ENRIQUEZ, 1997, p.93). Esta missão acende, na maior parte dos membros da organização, a idéia de uma causa a se defender, suporte que justifica o investimento em prol da consecução de um justo propósito. Acreditar no valor positivo do próprio trabalho constitui um fator primordial para o profissional aderir a este e suportar entraves como, por exemplo, a falta de recursos materiais e humanos (ONOCKO CAMPOS, 2005).

Nessas condições de idealização, a Reforma Psiquiátrica, ao menos a partir da pesquisa de campo, encontra-se no contra-rumo da Contemporaneidade e sua conjuntura social. Esta mostra em sua conformação o esmorecimento dos projetos coletivos de transformação, configuração societária que se une ao fortalecimento do individualismo, à aversão a projetos coletivos e ao *déficit* de ideais.

Em um quadro no qual os grandes projetos coletivos tornam-se menos prováveis e a mobilização dos cidadãos no sentido de alguma mudança social fragiliza-se, a implantação da Reforma Psiquiátrica mostra relativo sucesso. Isso não significa afirmar a (completa) isenção dos efeitos desse macrocontexto na Reforma Psiquiátrica, como será discutido posteriormente. Porém, implica admitir que a observação participante e as entrevistas não se furtaram em ceder exemplos da presença dos ideais coletivos da Reforma Psiquiátrica. Estes exemplos surgiram consubstanciados na forma de um imaginário motor, essencialmente marcado pela ruptura e inovação, visando, no limite, a instauração de uma dinâmica instituinte, transformadora e crítica.

A convivência entre a filiação ao projeto da Reforma e a ameaça imaginária e simbólica advinda pela proximidade do antigo macro-hospital psiquiátrico radicaliza o confronto com o passado manicomial e coloca, insistentemente, os profissionais face a face com a dúvida sobre a capacidade do trabalho estar, em última análise, alcançando a mudança assistencial proposta. O esforço de confrontar as práticas assistenciais com as expectativas que pairam sob elas, inequivocamente, não é exclusividade do referido CAPS e reporta-se às próprias transformações vindas da Reforma Psiquiátrica.<sup>130</sup>

Com este pano de fundo, a ação de cotejar a assistência prestada no dia-a-dia do serviço com o ideal de sua proposta é inelutavelmente suscitada, em um jogo que objetiva demarcar a variável margem que separa o real e o ideal, o prescrito e o possível. Neste ponto, uma gradação de posições reflete distâncias inconstantes entre esses dois pólos, engendrando o aparecimento de fendas tão grandes, que, no caso de alguns profissionais, surgem dúvidas acerca da identidade do serviço enquanto um CAPS, como na entrevista desse técnico:<sup>131</sup>

Acho que a questão desse serviço (é que ele) tem momentos de CAPS, lampejos de CAPS.

**- O que te leva a dizer que há apenas lampejos de CAPS?**

A forma como os pacientes se apresentam aqui só para o atendimento medicação, não para outras atividades, a forma como o CAPS não consegue entrar na vida desses

---

<sup>130</sup> Esse imperativo reflexivo é legado da própria conjuntura que envolveu os primeiros passos Reforma Psiquiátrica italiana, nascida em um ambiente no qual as instituições sociais (como a psiquiatria) sofriam críticas severas. Daí o temor acerca da existência de um engessamento institucional e a necessidade de refletir continuamente sobre as práticas.

<sup>131</sup> Os trechos precedidos por travessão e em negrito são perguntas feitas pelo pesquisador ao entrevistado.

pacientes, não conseguindo produzir coisas novas. Não digo nem que não tenha essa intenção, mas isso é até um fardo, é uma responsabilidade muito grande. É até de se questionar se algum dia, algum CAPS, vai conseguir alcançar essa responsabilidade. Eu não tenho a menor dúvida que não.

**- Em que momento o CAPS é plenamente CAPS?**

Acho que é CAPS quando a gente como equipe consegue estar estruturado para estar com o paciente, podendo melhorar a qualidade de vida do paciente e fazendo com que ele não se interne mais, o que acontece em momentos pontuais. (PROFISSIONAL D)

Antes de ser uma crítica frontal e unilateral diante da assistência da instituição, as palavras desse técnico que, por sinal, em outros trechos de sua entrevista listou vários avanços recentes do Bispo do Rosário, questionam as possibilidades do CAPS enquanto dispositivo e sugerem que o desfiladeiro que separa a proposta e o cotidiano dos CAPS talvez não possa ser plenamente suplantado; neste caso, a proposta destes serviços ascenderia a um inalcançável *u-topos* (um não-lugar, uma utopia). Vale-se, deste modo, do recurso retórico intrínseco à expressão *lampejos de CAPS*, momento em que a assistência fulgura na (quase) coincidência entre o esperado e o realizado, e cumpre, ainda que pontualmente, sua proposta de cuidado. Perseguir o encurtamento entre esses dois pólos é perseguir a própria identidade do CAPS na forma como esta fora concebida no ideário da Reforma Psiquiátrica.

No dia-a-dia da instituição, o intento de segurar com as mãos os ideais da Reforma Psiquiátrica traduz-se no esforço de fazer avançar as fronteiras da assistência, em um combate que faz irromper, *pari passu*, agruras e êxitos. Uma imagem que guarda relação com essa proposição dispõe à mesa um dos sentidos que o trabalho em Saúde Mental costumeiramente assume:

Como é um serviço novo, a exigência do serviço é muito maior do que em outros serviços de Saúde Mental. Você está no *front*. Essa é uma palavra que a gente usa muito nas reuniões. (PROFISSIONAL F)

Palavra de origem francesa, *front* alude à frente de batalha. Pejado de conotações quando se transforma em metáfora para o CAPS Bispo do Rosário, o termo apresenta-se como um tear de onde deriva, em múltiplas direções, uma série de fios de sentido. Logo em primeira instância e a título de contextualização, o serviço insere-se na idéia de um “combate” em curso. No caso da Saúde Mental, o CAPS torna-se a arena da luta pela transformação do modelo assistencial, que toma forma na própria

oposição entre a Reforma Psiquiátrica e o modelo asilar/manicomial. De mais a mais, dirigindo-se para um quadro mais ampliado, poder-se-ia considerar outra guerra, implícita, aquela que se apresenta na contraposição da visão de inserção social que baliza a Reforma Psiquiátrica Brasileira com a condição social contemporânea<sup>132</sup> - na qual vige o individualismo, o narcisismo, a derrocada da solidariedade e o incremento da exclusão social dos segmentos mais frágeis da população.

Mais do que simplesmente estar em uma luta, o termo *front* engolfa a idéia de estar na vanguarda dessa luta. A fala reproduzida acima traz consigo o caráter de novidade que os CAPS ainda portam, despontando como a inovação capaz de viabilizar as mudanças pretendidas no processo de reforma. Indubitavelmente, a posição de linha de frente é aquela que entra em choque de forma mais violenta com o adversário, no mesmo movimento em que recebe o peso de ser responsável pelo avanço. Por isso, sofre o maior impacto, algo que se desdobra não só na grande exigência do serviço, mas igualmente em maior exposição ao sofrimento.

Destrinchando a imagem da batalha, a mesma concede ainda outros elementos figurativos. Por exemplo, como no campo de combate, as adversidades para a realização do trabalho e a sensação de vitória advinda da superação daquelas também encontram morada no CAPS. Alguns trechos assinalam esse tipo de vivência, caracterizada tanto pelos empecilhos quanto pela capacidade de suplantá-los:

É um CAPS que está no território, isolado, mas que consegue ser um espaço de encontro, de troca e de criação de sentido, apesar das dificuldades, apesar dos pesares. É a questão de ter milhões de coisas para fazer e não ter perna, porque não dá para estar em oito lugares ao mesmo tempo. A equipe devia ser maior e deveria haver mais CAPS com a gente. [...] Devia ter carro que não tem.... (PROFISSIONAL A)

Convém frisar que as contrariedades vividas não se restringem à falta de infra-estrutura, visto que esta sofre o aditamento da própria gravidade de determinados casos e dos dissabores experimentados em ocasiões de crise, entre outras. Circulada por dificuldades e desafios constantes, a concretização de um bom trabalho ganha as vestes de um *feito* que, por sua vez, retorna imaginariamente como realização profissional ou até mesmo como heroísmo. Neste sentido, um ponto a ser observado é que, via de regra, a magnitude de um determinado feito encontra paralelo no tamanho dos obstáculos

---

<sup>132</sup> Examinada em pormenores no capítulo dois desta dissertação.

vencidos para sua realização. Assim, as dificuldades existentes no serviço são variáveis que podem, paradoxalmente, positivar o trabalho no campo representacional e minimizar o sofrimento por ventura sentido pelos profissionais na concretização da imensa e instigante proposta assistencial dos CAPS.

Nesses termos, quando os técnicos eram convidados a discorrer nas entrevistas sobre uma imagem ou cena que simbolizasse o Bispo do Rosário, chama a atenção que a maior parte das falas mencionasse casos graves cuja assistência resultou em sucesso. Conquanto seja pertinente a ressalva de que a situação de entrevista é sempre um encontro intersubjetivo e que os entrevistados podem buscar, por meio de seu relato, o reconhecimento de sua própria competência profissional, ainda sim, a recorrência dessas falas depõe sobre uma maneira de estruturar imaginariamente a relação destes com seu trabalho.

Ou seja, quando convocados a sintetizar o serviço em uma cena ou imagem, o corpo de profissionais não se furtou a citar as dificuldades inerentes ao espaço de trabalho, contudo, apegou-se essencialmente a capacidade de superá-las e de, enfim, lograr êxito na tarefa de realizar aquilo que se espera do CAPS, escolha que efetua um papel psíquico capital para sustentar a realização do trabalho. A seguir estão transcritas duas falas especificamente retiradas desse momento da entrevista:

Aqui você vê sempre coisas que surpreendem, de ajudar pacientes graves. O paciente chega aqui precisando, gritando, chorando e toda a equipe está ali, então você fala: Taí, isso aí é o CAPS! Quando você consegue tirar o paciente da crise. (PROFISSIONAL E)

Uma cena de um paciente que chegou altamente agressivo, ameaçador e inibidor. [...] Por conta dessa agressividade, a família não queria mais e hoje em dia essa pessoa trabalha com carteira assinada. A vida dele tomou outro rumo. Já até saiu do CAPS e está se tratando em um ambulatório e se adaptando a outra rotina de tratamento. Esse foi um caso que marcou muito porque nós vimos como ele chegou e como ele está hoje e vimos como contribuimos para isso. Se fosse em outros tempos, em um manicômio desses, seria diferente até porque a família nem queria saber. (PROFISSIONAL F)

Outros trechos coadunam-se a estes, todavia, por serem mais detalhistas, suas citações traziam o risco de identificação dos usuários e dos próprios técnicos. De toda forma, a insistência nesta linha de relato, diferenciada por trazer à baila casos difíceis e bem-sucedidos como símbolos do CAPS, não versa sobre a frequência com que ocorrem estes casos de sucesso, mas sobre sua capacidade de

condensar o sentido do trabalho. No momento em que o realizado deságua na foz das expectativas, o trabalho no CAPS imprime sua marca no imaginário dos técnicos, decantando, pelo menos no campo da assistência propriamente dita, uma representação positivada, ao mesmo tempo em que responde aos apelos narcísicos daqueles.

As expectativas referidas acima são aquelas geradas no seio da Reforma Psiquiátrica e avolumam-se ao redor da percepção de que o serviço consegue atuar de forma antimanicomial (como expresso no final dessa última citação). Por certo, se esses casos-símbolos do CAPS adquirem o sentido de êxito é porque os mesmos enquadram-se dentro de um painel de referências proveniente dessa mudança na assistência. Seguindo essa trilha, mencionar esses casos é evocar os preceitos da Reforma Psiquiátrica, sendo possível advogar que, a despeito da freqüência com que aparecem na situação de trabalho, quando o fazem, estas situações ganham peso na economia psíquica dos técnicos.

A significação da assistência como *feito*, tanto por se referir à capacidade de suplantar as dificuldades como pela sua nobilíssima finalidade, não se insinua, no entanto, em termos completamente absolutos. Deste modo, a pretexto de contraponto, vale transcrever uma metáfora bem mais frugal e sóbria da assistência levada a cabo no CAPS e que foi descrita por outro técnico:

Imagine um grande *show* de música, com centenas de milhares de pessoas e um grupo relativamente grande, mas que é pouco diante de milhares de pessoas, sei lá, 50 pessoas, mas que quer se encontrar. Eles estão em um lugar onde eles queriam ir, eles estão precisando daquilo, aquilo transforma a vida deles, mas alguns conseguem se encontrar no grupo e outros não porque está todo mundo perdido.

E o grupo de 50 querendo se encontrar no meio de uma multidão de 200000 reflete muito o trabalho que a gente faz aqui. Em última instância sei que vai acabar o show e haverá pessoas que a gente não vai encontrar. (PROFISSIONAL A)

Esse *encontro* que não ocorre sugere um irrealizável inerente. Seja pelas adversidades oriundas da infra-estrutura inadequada, da gravidade de alguns casos, do desafio proposto pela Reforma (inserção social, cidadania, trabalho territorial, etc.) ou simplesmente do não-saber que enlaça a psicose, a chance dos usuários ficarem *perdidos* dos técnicos e estes *perdidos* diante daqueles em nada é desprezível. Em síntese, esses desencontros guardam nexos com a ampla variedade de enfrentamentos que incide sobre a

assistência em Saúde Mental e põem a descoberto seus limites, mas sem desabonar os esforços na direção de sua implementação.

Por derradeiro, dissipadas (pelo menos em parte) as nuvens que rondam os sentidos assumidos pelo serviço, estes não se tornam irreconciliáveis. Na situação limítrofe de um *front*, na qual o confronto entre dois modelos de cuidado é patente, as dificuldades e mesmo as impossibilidades (como expresso na citação acima) repousam imaginariamente contrabalanceadas com os êxitos e as glórias, em uma composição que articula a própria viabilidade da assistência.

## 6.7 - O Microcosmos do cuidado: a interface técnico-usuário na Saúde Mental

Na picada aberta pela análise das representações mais genéricas sobre o CAPS Bispo e sua assistência, ir ao encontro do microcosmo da relação terapêutica técnico-usuário surge como senda natural para aprofundar e complementar as significações entrelaçadas à dinâmica do trabalho em Saúde Mental. Realidade pluridimensional, que condensa em um só gesto ou palavra o plano ético, técnico, imaginário, simbólico e organizacional, esta não abre seus mistérios a uma investida frágil. Face tal ponderação, legitima-se o detalhamento dos traços mais preeminentes dessa microcena assistencial, os quais, com base na pesquisa de campo, foram agrupados em três recortes, analisados a seguir.

### 6.7.1 - A Reforma Psiquiátrica e suas significações na relação terapêutica

A análise da microcena assistencial deve, em primeiro lugar, reportar-se ao quadro geral das coetâneas mudanças vividas nos dispositivos substitutivos da Saúde Mental. Anteriormente, ficou expresso como o CAPS Bispo, em que pesem suas particularidades desfavoráveis, assume o sentido de representante da Reforma Psiquiátrica, partilhando da aura de excepcionalidade e da magnanimidade de seu projeto transformador.

Tanto as entrevistas quanto a observação de campo apóiam a asserção de que os preceitos da Reforma Psiquiátrica não se abreviam no plano da representação global da instituição, mas penetraram capilarmente no serviço, atingindo a menor e mais importante célula do campo da Saúde Mental: a relação técnico-usuário. Sem incorrer no risco do exagero, não seria leviano supor que no CAPS em questão esse ideário - que surge como um imaginário motor - media a relação técnico-usuário, isto é, se interpõe aos dois elementos desse par, perfazendo uma função de ligação entre os mesmos. Esta afirmação não se confunde com uma possível asseveração de que todos os atos terapêuticos atingem, em sua plenitude, as proposições da Reforma Psiquiátrica; todavia, advoga que os ideais reformistas são alçados, de fato, à condição de referência a ser perseguida pela maioria dos profissionais.

Tal constatação poderia acarretar a indagação sobre os constituintes desse imaginário da Reforma Psiquiátrica no grupo de técnicos do Bispo do Rosário. A pesquisa de campo sugere que este foi forjado por meio do estabelecimento de uma estrutura de antinomias, na qual os elementos opostos são aqueles nomeados como manicomiais. Esse modelo de construção decerto não gera grande surpresa, posto que os valores da Reforma Psiquiátrica foram erigidos na brasa do confronto com o modelo manicomial.

Por outro lado, esse modelo dicotômico reserva certas nuances que tornam seu exame mais complexo e, por via de consequência, justificado. A primeira endereça-se justamente à perfeita e simétrica contraposição na representação dos dois modelos, formato plenamente compreensível dada a necessidade de ruptura que o novo modelo precisava impor.

No concurso das entrevistas, esse regime de antíteses delineou-se com nitidez através da marcação temporal que opõe o antes (manicômio) ao depois (Reforma Psiquiátrica), de sorte que essa passagem foi, em todos os casos, assinalada por suas benesses, como mostram esses trechos que abordaram o tema da Reforma Psiquiátrica no Brasil:

Antes era como era. Hoje eu vejo grande progresso. E isso se deve a luta de muitos profissionais e com certeza não foi fácil chegar até aqui. [...] Só o fato de quando o paciente dar uma crise, (o profissional) não pegar, conter, levar para o hospital, botá-lo em uma cama e largar ele lá, já é um grande progresso. Isto é, não jogar o paciente no hospital. Tentar usar meios para dar uma direção diferente para esses pacientes. Porque

antigamente qualquer coisa era hospital. Por muito menos se internava. (PROFISSIONAL G)

Acho que houve algumas conquistas nesses 20 e poucos anos. A coisa da consolidação das portarias que legitimam o que a gente faz, ter uma legislação que dê sustentabilidade a isso que a gente faz. Acho que o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil tem muito chão para andar ainda, mas a gente avançou muito do que era. E tem efeitos na assistência. Temos que falar também em estatística, a gente tem uma redução absurda no número de pessoas internadas. Alguma coisa efetivamente está acontecendo. A criação de novos serviços. (ATUAL COORDENADORA DO CAPS)

Se considerarmos os últimos 20 anos acho que se avançou bastante (na Reforma Psiquiátrica). [...] Há uma consagração desse novo modelo pela academia e isso é que possibilita a mudança do trabalho. Por exemplo, a implantação dos CAPS, em alguns lugares mais e em outros menos. (PROFISSIONAL A)

Usando como tela a marcação temporal, a análise das entrevistas forneceu três grandes núcleos de sentido para significar o processo de mudança no campo da Saúde Mental, cada um deles acompanhado por uma antinomia que opõe o modelo da assistência manicomial ao modelo da assistência da Reforma Psiquiátrica:

QUADRO 3 - Núcleos de sentido da oposição entre a assistência manicomial e a Reforma Psiquiátrica Brasileira no CAPS Bispo do Rosário. Brasil, 2007.

Núcleos de sentido	Modelo de assistência Manicomial	Modelo de assistência da Reforma Psiquiátrica
Regime/local de tratamento	Internação/Hospital	Atenção Diária/Serviços substitutivos <sup>133</sup>
Modalidade e abrangência do cuidado	Cuidado Médico/Maus tratos	Atenção Psicossocial/Equipe multiprofissional/Humanização
Relação Sociedade-Loucura	Isolamento/Preconceito	Inserção Social

A disposição dos núcleos de sentido no quadro respeita sua força e sua visibilidade nos discursos presentes nas entrevistas. Desta forma, as representações do núcleo de sentido *Regime/local de tratamento* mostraram-se mais freqüentes e mais incrustadas no imaginário, sendo seguidas por aquelas referentes à *Abrangência do tratamento/equipe* e, finalmente, por aquelas concernentes à *Relação*

<sup>133</sup> Conferir nota 107 para mais explicações sobre a expressão *serviços substitutivos* no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

*sociedade-loucura*. Em suma, as representações mais fortes da Reforma Psiquiátrica parecem adquirir, em primeiro lugar, a forma de uma antinomia sobre o local e o regime de tratamento, como é perceptível nas citações acima.

Uma possível explicação para esta configuração repousa na constatação que esse núcleo de sentido, além de mais simples, é mais concreto do que os demais sendo, por conseguinte, mais acessível a todos os profissionais. De fato, o local e o regime são elementos bem mais palpáveis do que a relação sociedade-loucura ou mesmo a percepção sobre a abrangência do tratamento. Daí a hipótese de que a força da representação manifesta-se de maneira inversamente proporcional ao nível de complexidade e de abstração por ela requerida.

A oposição que incide sobre o regime de tratamento típico do modelo manicomial, a internação, aparece de forma bem proeminente em algumas falas e acaba sendo traduzida no esforço do profissional em evitá-la:

Por exemplo, ter que internar um paciente, sair daqui e ir para o “manicômio” (alusão ao Hospital de Emergência Jurandyr Manfredini) é uma coisa que eu não aceito. Teve uma vez que fiquei chateada porque tinha um paciente que ia internar e eu disse não, vamos agüentar até mais tarde, não precisa não, vamos tentar conversar, tentar medicar. (Estes) são os recursos que a gente usa. (PROFISSIONAL G)

Em adição, a força desse núcleo de sentido pode ser lida como uma redução do ideário da Reforma Psiquiátrica que, ao se concentrar apenas no dispositivo, produz um silenciamento da discussão acerca do lugar do louco na sociedade brasileira contemporânea. Como abordado antes, nas análises de Costa (2000) e Sá (2005), a configuração societária no Brasil cada vez mais é trespassada por um modo de subjetivação que patrocina a exclusão social, reduz o exercício da solidariedade e produz um alheamento diante dos desfavorecidos, dentre os quais os loucos se inserem. Nesta vereda, é possível que o vigor desse núcleo de sentido cumpra a função psíquica de encobrimento dessa questão societária, muito mais ampla e complexa, limitando a potência das transformações no campo da Saúde Mental no país.

Abaixo, alguns exemplos de como os outros núcleos de sentido manifestam-se. O primeiro trecho exemplifica o núcleo *Abrangência do tratamento/equipe*, e o segundo, o núcleo *Relação sociedade-loucura*, ambos na fala de um mesmo profissional:

Eu vejo que ele (o CAPS Bispo) tenta prestar uma assistência integral dentro do que prega a Reforma Psiquiátrica, agora com muita dificuldade, dificuldade de toda ordem. [...] É uma instituição que visa o substituir o antigo modelo asilar. A gente tenta prestar uma assistência aos pacientes de maneira integral, tentando vê-los a partir de vários aspectos, tanto psiquiátrico, psicológico, social. (PROFISSIONAL C)

Tolerância à loucura. Acho que a grande palavra da Reforma Psiquiátrica Brasileira é respeito e tolerância ao que é diferente, ao que tem uma dificuldade maior de existir. E acho que através disso, nós temos conseguido ganhos na comunidade. Tolerar mais um vizinho que fala mais alto. A família tolerar mais aquele membro que age diferente, mais estranho, às vezes bizarro, mas que nem por isso deve ser excluído da família, da comunidade. (PROFISSIONAL C)

A representação de cada um desses modelos de assistência a partir dos núcleos supracitados, assim como a perfeita antítese estabelecida entre os dois, opera na tentativa de delimitar suas áreas de fronteira, afigurando-se como um expediente que, em tese, facilitaria a localização do trabalho diante da dupla referência.

Entretanto, a irretocável separação na arena representacional não encontra inteiro respaldo nas situações cotidianas dos serviços, nas quais muitas ações terapêuticas estão suscetíveis à dúvida de ser ou não-manicomiais, ainda que sob a roupagem da Reforma Psiquiátrica. Esta imprecisão é sinalizada no exemplo abaixo, no qual um técnico, ao ser perguntado se percebia alguma prática ainda capturada pela lógica manicomial, declarou o seguinte:

Quando a gente faz aqueles passeios com muita gente, por exemplo, é uma coisa que me deixa bem dividido; porque de um lado você está proporcionando uma circulação pelo território, por outro você está indo para o território em uma situação muito específica, com um monte de gente junta. Mas a gente não costuma fazer isso aqui, mas até faz. (PROFISSIONAL A)

Este profissional mostra suspeição quanto à conotação assumida por essa prática, na medida em que reconhece que os passeios podem favorecer os usuários em sua ligação com o território mas, ao mesmo tempo, se questiona se essas saídas em massa trazem efetivamente benesses terapêuticas e

sociais para cada usuário, tendo em vista que podem ser entendidas como uma distração tutelada e não como um trabalho territorial. O mesmo profissional prossegue afirmando que,

Uma coisa que incomoda bastante é a relação com a comida, ela já vem pronta, em quentinhas e eles comem com colher de plástico. Acho que isso é muito manicomial. [...] Outra coisa que incomoda bastante é quando a gente vê depois do almoço os pacientes deitados às vezes no chão, a gente aborda, mas é superdifícil. [...] Alguns tiram um cochilo e depois vão para as atividades e outros não têm adesão e vêm para o CAPS para ficar deitado. [...] Acho que é a imagem mais manicomial que se tem aqui é essa. Isso não passa despercebido, mas não conseguimos mudar. (PROFISSIONAL A)

Neste caso, o profissional certifica a presença de situações que remetem a elementos/imagens manicomiais, o que não significa, em absoluto, que os mesmos predominem na assistência como um todo. Registra-se ainda que esse cenário parece não ser exclusivo do Bispo do Rosário, espalhando-se assim pela rede de assistência. Com efeito, no cotejamento das premissas da Reforma Psiquiátrica com determinadas circunstâncias da cena assistencial surge a possibilidade de se encontrar uma *sombra manicomial*, entendida como a subsistência de práticas/situações tipicamente atribuídas ao tratamento moral e ao modelo manicomial. Esta possibilidade instaura imaginariamente, nos próprios técnicos, um processo de julgamento crítico sobre a existência de traços manicomiais nas práticas assistenciais, o que pode se confirmar ou não.

Sendo assim, as microcenos da assistência e o encontro técnico-usuário exprimem em sua complexa alquimia a intermediação das propostas da Reforma Psíquica, na qual o endereçamento dos profissionais aos preceitos desta última coaduna-se com o esforço de alumiar, nas pregas da assistência, possíveis *sombras manicomiais*.

#### 6.7.2 – As assimetrias do espaço relacional técnico-usuário

Do que ficou assentado, destacam-se mais algumas linhas de análise acerca das bases da relação técnico-usuário. Inicialmente, sabendo que a dinâmica dessa relação está, de fato, estribada nos dois lados dessa díade, cabe a ressalva de que, no caso desse estudo, a mesma foi pesquisada com base nas observações de campo e nas entrevistas dos profissionais, não sendo contempladas, por opção

metodológica, entrevistas com os usuários. Tal delineamento denuncia um limite do trabalho e, embora não deponha, em absoluto, contra os resultados ventilados abaixo, o mesmo deve ser considerado em sua leitura.

Feita essa consideração, é possível retornar ao que fora atestado no capítulo quatro e repisar a percepção de que o cuidado em Saúde porta, em si mesmo, um espaço intersubjetivo e relacional sempre calcado nos sentidos, representações, afetos e desejos de seus sujeitos. Notadamente no campo da Saúde Mental, justo citar o desencontro proposto por Goffman para a relação psiquiatra-paciente, mesmo que este tenha sido descrito em outro contexto do campo da Saúde Mental: *“Na relação, cada um deles está destinado a procurar o outro para oferecer o que o outro não pode aceitar, e cada um deles está destinado a rejeitar o que o outro oferece”* (GOFFMAN, 1974, p.298). Mesmo qualificando esta concepção como radical, ela tem o mérito de destacar o singular desencaixe desse encontro que, segundo o autor, o torna atípico diante de outras relações de serviço e mesmo confronte outras especialidades médicas.

Ao tratar do encontro usuário-técnico, torna-se necessário salientar o papel das escolhas teóricas e técnicas dos profissionais, cujas possibilidades foram representadas no capítulo três, esquematicamente, por três grandes linhas de pensamento: o modelo da psiquiatria biológica, o modelo técnico-clínico e o modelo sócio-político. No estudo de campo, comprovou-se a influência dessas linhas de pensamento no espaço usuário-técnico, conquanto em um estado essencialmente imbricado, não só no espaço coletivizado das atividades observadas, mas também na individualidade dos profissionais.

Para além de escolhas técnicas, foi demonstrado igualmente que os profissionais guiam suas ações tendo como fulcro representações e valores acerca do usuário e da própria atuação do profissional, por sua vez aglutinados em éticas de interação. No decorrer das entrevistas e da observação participante, notabilizou-se o esforço de debelar a ética da tutela, sombra manicomial que, apoiada no tratamento moral, é balizada pela submissão do usuário a taumaturgia dos médicos. Em contraponto, as éticas da interlocução e da ação social adquirem mais vitalidade nas práticas assistenciais, tendo como horizonte uma relação com o usuário atravessada pela subjetividade e pela cidadania.

Adentrando ainda mais na análise desse espaço relacional, é possível acusar, concomitantemente, que a assimetria basilar desse par é notória no palco intersubjetivo, especialmente a partir dos papéis desempenhados e dos sentidos assumidos por cada um na dinâmica da relação. Nos extremos desse cânion resplandecem as imagens e as representações que distinguem os componentes dessa díade, que podem ser agrupadas, sem a pretensão de dirimir todas as nuances, em três dimensões de assimetria: o assistente e assistido; o douto e o ignorante; e o são e o louco.

Ao pôr em relevo a dimensão assistente/assistido, para além do mandato social/legal que habilita os profissionais na assistência à loucura, a finalidade é ressaltar o enredo que une a percepção de uma necessidade de cuidado por parte do usuário ou de seus familiares<sup>134</sup> e o investimento psíquico que move o profissional para o ato assistencial. A necessidade de cuidado, freqüentemente, sobeja os limites da própria psicose *strictu sensu* e esparrama-se sobre outros aspectos, como a realidade social, familiar e emotiva dos usuários, mesclando-os de tal forma que mobiliza afetivamente os profissionais:

Quando vim para cá percebi que a gravidade dos pacientes era muito alta. [...] Eu me deparei com uma realidade social muito grave porque além dos psicóticos graves, a gravidade social é muito alta. E isso tocou em mim. Falei: pôxa, tenho que fazer alguma coisa para além e poder de alguma forma ajudar nessa coisa social. (PROFISSIONAL B)

É uma área cheia de adversidades, porque a gente não está falando só de pessoas que têm o sofrimento subjetivo, mas tem a questão da miséria, da violência urbana, tudo atravessado. (ATUAL COORDENADORA DO CAPS)

O usuário do CAPS é uma pessoa que tem algum transtorno mental grave, que na grande maioria dos casos está sendo rechaçado pela família ou tem uma família que cuida de uma maneira autoritária, de forma complicada, tem uma relação conflituosa com a família, seja por omissão, por excesso, ou por falta de compreensão humana da patologia. (PROFISSIONAL A)

Eu não sei, é que eu amo tanto esses pacientes, eu os acho tão carentes, tão necessitados, ele necessitam de tanto, não só de medicação, mas de algo muito maior, acho que de respeito, compreensão, amor, escuta. E isso eu gosto de fazer e isso me atrai. Eu amo demais eles. (PROFISSIONAL G)

Esses fragmentos, oriundos de quatro entrevistas diferentes, doam vida a um conjunto de imagens sobre os usuários, nas quais a miséria social, as dificuldades emocionais e os enfrentamentos familiares

---

<sup>134</sup> Seria um contra-senso esquecer que a demanda por tratamento psiquiátrico freqüentemente está localizada nos familiares ou nos vizinhos e não nos próprios usuários, como verificável na quantidade de internações involuntárias existentes no país.

unem-se com o sofrimento psicótico, traçando um contorno de vulnerabilidade para a loucura. Lidar com esse cenário sensibiliza os técnicos, despertando afetos que poderiam ser nomeados como solidariedade, carinho e amor, o que penetra ruidosamente nesse circuito assistencial. O confronto com esta fragilidade social, familiar e pessoal impulsiona os profissionais na direção do acolhimento e das possibilidades técnicas de intervenção nos casos, favorecendo o vínculo com os usuários. A inflação dessa disposição, por via de consequência, eleva na mesma proporção a responsabilidade pelo bom andamento do tratamento e por seu êxito, principalmente pelo investimento afetivo existente, mas também pelo sentido de gravidade que se depreende dos casos.

Os significados de vulnerabilidade imputados aos usuários pelos técnicos encontram correspondência nas expectativas destes últimos sobre o seu próprio papel no cuidado. De acordo com as entrevistas, além da aptidão para trabalhar em equipe, os traços mais relevantes ligados à capacidade de desempenhar um bom papel na assistência foram a abertura para o acolhimento/escuta e a disposição para arrefecer o sofrimento, o que guarda coerência com as extremadas necessidades dos usuários vislumbradas pelos técnicos. Com efeito, ao discorrer sobre o papel do técnico na assistência à loucura, os entrevistados apontam para:

Um acolhimento, uma compreensão dos problemas enfrentados pelos pacientes, uma visão mais aguçada e que o paciente não se sinta sozinho para enfrentar os problemas, que tem alguém acompanhando, que tem alguém lhe dando força. (PROFISSIONAL C)

A partir do momento em que me deparei com uma realidade tão crua, acho que é tentar diminuir o sofrimento e acho que é o que as pessoas aqui tentam fazer. Nosso papel é esse. (PROFISSIONAL B)

Evocada nesse contexto, a presença de afetos como carinho e amor, entretanto, não esconde a existência de outros tipos de afetos. Sentimentos como repulsa, hostilidade ou mesmo ódio não podem ser descartados no dia-a-dia dos serviços de Saúde Mental, ainda que estejam geralmente ausentes do discurso dos profissionais. Alumia-se assim a ambivalência afetiva dos técnicos, da mesma forma que se admite que a imagem da vulnerabilidade, se potencializa o vínculo, pode, simultaneamente, expressar a diferenciação entre usuários e técnicos. Em estudo sobre um hospital de emergência, Sá (2005)

identificou nos profissionais do serviço uma hostilidade latente diante da sujeira dos pacientes, o que era, todavia, encoberto pela representação dos usuários enquanto “população carente”. Tal representação atendia imaginariamente a necessidade de marcar a diferença entre a clientela atendida e os profissionais, mas de modo que não houvesse exposição de afetos hostis.

Como levantado por Goffman (1974), a intenção de preservar a neutralidade (ética e afetiva) na psiquiatria é estéril, pois frequentemente os usuários perpetraram ações que ofendem a moral e agridem as normas básicas de convivência, em especial quando tocam em questões sexuais, entram em grande desacordo com os comportamentos socialmente aceitos de higiene pessoal ou quando suas ações adquirem um caráter mais violento ou ofensivo.

Neste ponto, as imagens de agressividade e periculosidade, citadas ainda na parte teórica como constituintes antigas do imaginário social da loucura, funcionam como ilustração, sendo presumível a hipótese de que boa parte dos profissionais confronta-se com a sensação de medo no seu primeiro contato com usuários intempestivos, sobretudo no que concerne ao medo de ser agredido. Um dos entrevistados revela que na sua primeira experiência em Saúde Mental, “*para te falar a verdade, tinha medo mesmo deles quando eu cheguei no XXX*” (PROFISSIONAL G).<sup>135</sup> Em alguns casos, mesmo o contato continuado com os usuários não logra apagar inteiramente esse fantasma que, assim, pode ser prontamente reanimado sob determinadas circunstâncias.

Por sua vez, a dimensão douto/ignorante mostra sua face na representação do hiato gnosiológico que se interpõe ao encontro do profissional com o usuário. Aquele se credencia como detentor de saberes sobre o usuário e como portador de um arcabouço teórico que avaliza a sua própria atuação e que confere seu *status* diferenciado. O usuário, por seu turno, comparece com a ignorância surda acerca de si mesmo, despossuído do saber que lhe nomeia e que justifica sua presença ali. Essa conformação não passou intacta no processo de Reforma Psiquiátrica, sobretudo quando se resgata as insuficiências que o conhecimento técnico mostra no confronto com a complexidade da loucura.

Conquanto a aceitação dessa insuficiência possa variar ao sabor da linha de atuação na Saúde Mental, sobra ainda o debate sobre os efeitos deletérios que a radicalização dessa assimetria pode gerar

---

<sup>135</sup> O nome do serviço foi ocultado para preservar a confidencialidade dos dados.

nos usuários. Se o prestígio de ser detentor de um saber especializado pode, na medida certa, favorecer o vínculo terapêutico, quando este se traduz em um excessivo distanciamento entre os pares da relação ou em uma mitificação do domínio técnico, esta situação pode assujeitar os usuários de modo temerário. Relata-se que ao longo da pesquisa de campo, alguns usuários, ao conhecerem minha formação em psicologia, imediatamente começaram a me chamar de doutor e estabeleceram uma relação de deferência, mesmo que reiteradamente fosse aclarada que minha inserção no serviço era exclusivamente voltada para uma pesquisa com os técnicos, de forma alguma relacionada com a assistência daqueles.

Ainda viva, a discussão sobre o desnivelamento teórico entre profissional e usuário propicia o reconhecimento dos limites dos conhecimentos técnicos na prática assistencial e alerta os técnicos quanto à formação de relações contraproducentes ao cuidado, principalmente naqueles casos em que a distância estabelecida entre os dois pólos dessa relação torna-se abissal.

Enfim, a terceira dimensão da assimetria diz respeito à separação são-louco, sendo igualmente vidraça ao longo da história da Reforma Psiquiátrica. O questionamento dessa dimensão almejou colocar na ribalta uma relativização das (aparentemente) fixas e inquebrantáveis representações que qualificavam a loucura como avesso radical da “sanidade/normalidade” mental, não só no âmbito dos serviços, mas igualmente em todo corpo social:

Eles estão aqui como loucos, mas não são loucos totalmente. Eles têm pico da loucura, mas muitas coisas que eles fazem com a gente que são mais lúcidas de que muitos dos que não se dizem loucos. Quem são os loucos? Eles ou nós que taxamos eles? Então o que é a loucura? (PROFISSIONAL F)

A gente procura entender (a loucura) e consegue sim. Porque na verdade, ninguém é normal. (PROFISSIONAL G)

Nesses exemplos, vindos de duas entrevistas diferentes, a desmistificação da loucura ressoa na reflexão sobre a construção social da doença mental (levada a cabo por muitos teóricos da Reforma Psiquiátrica) e tem como fim um redimensionamento das categorias “são” e “louco”, cisão que ainda perdura na sociedade, mas que gradualmente vêm adquirindo novos sentidos nos serviços de Saúde

Mental.<sup>136</sup> É mister observar que essa configuração favorece o vínculo assistencial na medida em que faculta o fluxo de processos identificatórios entre técnicos e usuários.

Essas três dimensões da assimetria que recortam o espaço relacional, em boa medida, antecedem seus atores, pois os técnicos e os usuários, antes de fazer parte do contexto técnico e simbólico do campo da Saúde Mental, são indivíduos cujas referências foram geradas no convívio social, absorvendo, *ipso facto*, os valores e o imaginário social dominantes. Os sentidos tecidos ao redor dos papéis, das representações e das imagens dessa relação alastram-se em toda a sociedade, constituindo-se como uma bagagem cultural que, no momento da assistência, pode ser trazida à cena. Mas essa condição *a priori* não esgota em absoluto a questão, na medida em que esse imaginário sobre a loucura vem entrecortado pela singularidade de cada encontro intersubjetivo. Destarte, a influência destes antecedentes conjuga-se em tempo presente, alargando e flexibilizando, para além de seus pressupostos, o espaço de interação.

De todo modo, na discussão sobre o feitiço dessa assimetria é trazida à baila um dos pontos mais cruciais para o movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil e no Mundo: a relação de poder entre técnico e usuário. Como expresso no capítulo três, esta matéria foi, e continua sendo, intensamente debatida e seria inadvertidamente errôneo conceber que o percurso da Reforma Psiquiátrica não propiciou alterações na paisagem das microcenas assistenciais no que toca a esse particular.

Neste caso, há nítida preocupação em transformar a relação de poder<sup>137</sup> que transpassa a díade, especialmente em função das indesejáveis reminiscências acerca do tratamento moral e disciplinar, no qual o poder médico, assentado na suposição de saber frente ao *objeto* doença mental, era justificativa e vetor para a ortopedia psíquica da loucura. Frente a esse modelo manicomial, as críticas basaglianas à

---

<sup>136</sup> Se essa reflexão sobre a construção social da doença mental e o redimensionamento das categorias “são” e “louco” adquirem alguma força nos serviços de Saúde Mental, não seria correto afirmar que esse processo foi extrapolado para a sociedade em geral. Esse alcance reduzido parece se coadunar com a menor expressão do núcleo de sentido *Relação sociedade-loucura* nas representações acerca da Reforma Psiquiátrica, conforme exposto na seção 6.7.1.

<sup>137</sup> O poder já foi tema para uma infinidade de autores na filosofia e nas ciências humanas e sociais, de Platão a Foucault, de Maquiavel a Marx. Aqui se adota a concepção de Enriquez, escolha consoante com a opção teórico-metodológica dessa dissertação. Enriquez (2001) concebe o poder não como uma propriedade ou como uma essência de certo grupos de indivíduos, mas como uma relação de caráter assimétrico e que pressupõe o consentimento das partes em seu exercício. Esse consentimento pode advir pela interiorização de valores societais, pela fascinação exercida pelos dominadores, entre outras formas.

hierarquia, ao desrespeito e à violência presentes na assistência<sup>138</sup> surgem na fala de um entrevistado ao comentar a relação usuário-profissional de Saúde:

Acho que eu procuro ter uma relação de respeito acima de tudo, uma relação não-hierarquizada, mesmo sabendo que temos papéis diferentes; em alguns casos até uma relação de amizade. (PROFISSIONAL A)

As transformações da Reforma Psiquiátrica exigem dos profissionais uma alteração na representação do seu papel na relação assistencial, dado que colocar a doença mental entre parênteses é colocar o *status* de terapeuta - e toda a potência imaginária que decorre daí - entre parênteses, impelindo aqueles à criação (ainda em curso) de novas formas de vivenciar as assimetrias do cuidado. Essa curta transcrição, mesmo em sua brevidade, mostra uma síntese interessante. A consciência acerca da diferença não é impeditiva quanto à tentativa de estabelecer uma relação na qual a hierarquia jaz infirmada. Se a afirmação da inexistência de uma relação de poder nesse par soa ingênua, o cerne da contenda encontra-se na modalidade de exercício dessa assimetria. De qualquer maneira, a Reforma Psiquiátrica coloca em cartaz a busca contínua por transformar o usuário em um sujeito ativo dessa dinâmica relacional.

### 6.7.3 - Os sinuosos caminhos do cuidado: as incertezas e as vicissitudes na assistência em Saúde Mental

Se o encontro técnico-usuário é o leito onde transcorre a assistência, são os movimentos intrincados da sua correnteza que delimitam as margens desse entre-dois. No transcorrer da pesquisa de campo, a instabilidade e a incerteza referentes ao curso e aos resultados do cuidado em Saúde Mental surgiram, de um modo peculiar e diferenciado quando comparado com outros campos da Saúde, como características proeminentes nas caudalosas águas da relação terapêutica.

---

<sup>138</sup> Conferir capítulo três.

De modo algum, trata-se aqui de levantar a proposta que o campo da Saúde, como um todo, tem como atributos a total clareza dos procedimentos e a absoluta certeza dos resultados. Conforme dito na parte teórica, o cuidado em Saúde é regido pelo duplo tecnologia-arte, a despeito da modalidade assistencial. A complexidade do trabalho, a presença de julgamentos subjetivos e a existência do espaço relacional usuário-profissional caracterizam qualquer área de Saúde e imprime-lhes a marca da incerteza.

Não obstante, se o duplo da assistência é tecnologia e arte, o primeiro elemento aparece menos na Saúde Mental, particularmente em sua faceta mais dura, como no caso do uso de equipamentos. Com efeito, os diagnósticos, as intervenções e os exames neste campo são menos atrelados às máquinas e aos laboratórios do que na maioria das áreas da Saúde, ainda que seja pertinente a ressalva referente ao largo uso de medicação. Ressalta-se, em contraposição, a faceta da arte, na qual se destacam as possibilidades de criação defronte as singularidades de cada caso, em um arranjo assistencial que pretere a padronização e que negocia, a cada passo de sua existência, com as suscetibilidades do espaço relacional e seus (des)caminhos. Se a intersubjetividade está presente em todos os campos da assistência, ela está, *a fortiori*, na Saúde Mental, área na qual ela se reveste de especialidade e ganha cores muito vivas.

Considerando a complexidade e a imprevisibilidade da psicose e das neuroses graves, a incerteza cruza o cuidado como uma torrente, que respinga tanto do lado do usuário quanto do lado do profissional. Dúvidas que pairam inicialmente sobre o estatuto ontológico da psicose, desdobram-se em impasses no ato assistencial e, posteriormente, após a ação tomada, na própria capacidade de estimar a efetividade das intervenções. Da natureza da psicose aos resultados da assistência a incerteza insere-se em toda a cadeia de ações que forja o processo de trabalho:

[...] Tem alguma coisa nisso aí que a gente chama de loucura, e que é estranho para todo mundo, por mais que a gente se mate de estudar, de querer entender. Isso que é estranho, que escapa, e que traz para a gente uma angústia e uma impotência absurda em alguns momentos. A gente vê pessoas que a gente estabiliza um tempão, em um dado momento aquilo vai ruir de novo e aí vamos construir tudo de novo. Independente de o quanto esse trabalho é frágil, para mim, eu vejo efetivamente ganhos nas vidas dessas pessoas. (ATUAL COORDENADORA DO CAPS)

Por outro lado é um trabalho muito pesado e muito incerto, a gente lida com a incerteza o tempo todo sobre o que vai acontecer, muita pressão, muita demanda, casos muito graves.

[...] A incerteza surge o tempo todo, desde a frequência dos pacientes, a adesão nas atividades, até o retorno que se tem nas atividades. Às vezes você sua a camisa para fazer um negócio achando que vai ser interessante para o paciente e não vê resposta nenhuma e de repente você está passando no corredor e dá um “tchauzinho” e depois de três anos ele lembra e diz “você me deu o ‘tchauzinho’ e isso mudou a minha vida” Claro que estou exagerando, mas esse tipo de coisa acontece muito. A gente não tem muito controle sobre o que a gente faz. A gente vê resultados mas é muito difícil de mensurar, entender e de provocar e de controlar. (PROFISSIONAL A)

A agudeza das falas é compatível com sua riqueza. A realização do trabalho em Saúde Mental, em toda a sua extensão e profundidade, depara-se com a obscuridade do desconhecido, defronta-se com o não-saber e esbarra no incógnito. Onocko Campos (2005), dissertando sobre o papel dos conhecimentos técnicos na subjetividade dos trabalhadores da Saúde Pública, advoga a idéia de que a sensação de “nada saber” gera nos profissionais menos qualificados uma fonte de sofrimento adicional, graças à insegurança diante dos casos clínicos, posição esta que pode despertar também estratégias defensivas como a burocratização ou a banalização da dor alheia. No caso da Saúde Mental, essa *angústia técnica* que sobrevoa as intervenções clínicas transcende a qualificação técnica dos profissionais, pois mesmo nos mais aptos e competentes ela se instaura em função da complexidade e das incertezas características da loucura.

Esse cenário de desconhecimento e incertezas parece estar relacionado não apenas às características insondáveis da psicose, mas à própria reformulação proposta pela Reforma Psiquiátrica, que explodiu as certezas do modelo manicomial e instalou um processo de transformação ainda em curso. De toda forma, esses saberes dos quais a loucura insiste em escapar não logram êxito em dirimir sua estranheza. O inapreensível da loucura encontra par na surpresa advinda de uma ação assistencial da qual se esperava resultados que não vieram, ou de um ato aparentemente inócua que acarretou avanços terapêuticos. A incerteza do louco é a incerteza do trabalho em Saúde Mental.

A segunda transcrição elabora e encadeia, *tout court*, essas questões e alude também ao baixo controle que os profissionais têm de seu processo de trabalho.<sup>139</sup> O relato, em sua capacidade expressiva, antes de reduzir aspectos da discussão, abre espaço para elucubrações. O domínio sobre o exercício do próprio trabalho cumpre uma função psíquica tranquilizadora, essencialmente por meio da capacidade de antever os efeitos de suas ações e, assim, manipulá-las com maior desenvoltura. Assim, no fito de conseguir esse domínio, as organizações tendem a lutar contra o imprevisto, as fissuras, as desordens e o “informe”, resguardando-se do caos desorganizador (ENRIQUEZ, 1997) e das ansiedades derivadas deste.

Essa reduzida governabilidade, crivada pelo desconhecimento e pelas incertezas que rondam o cuidado, expõe os técnicos à angústia, repercutindo na sua ligação com o trabalho. Da mesma forma que permite uma representação do trabalho unida com a idéia de fragilidade, como sinalizado na primeira citação. Ademais, os impasses da assistência e o restrito domínio sobre os efeitos e os resultados do trabalho prolongam-se em um acréscimo na carga psíquica do trabalho.<sup>140</sup>

Todavia, as incertezas não são obstáculos absolutos para a formação de expectativas sobre o bom andamento do trabalho nem mesmo para a percepção de resultados, posto que um trabalho desprovido de qualquer retorno nesse sentido estaria, inevitavelmente, namorando sua própria inviabilidade. Logo, as entrevistas tinham como ponto de interesse perscrutar o que os profissionais esperavam de sua *praxis*, tanto no que tange ao objetivo do trabalho quanto no que se remete às chances de alcançá-lo.

No primeiro tópico, geralmente as falas giram em torno da minimização do sofrimento e da possibilidade do usuário adquirir outra relação com sua própria vida:

Simplemente não é se vai namorar, trabalhar ou ter um milhão de coisas na vida, é ter um lugar na vida. Acho que é isso que a gente espera na Saúde Mental. É possível existir, porque tem gente que não existia. (ATUAL COORDENADORA DO CAPS)

---

<sup>139</sup> Essa característica não entra em choque com a autonomia do trabalho citada anteriormente. Quando se afirmou que o trabalho em Saúde goza de grande autonomia fez-se menção ao fato de que o exercício deste trabalho está pouco sujeito ao controle externo (dos pares ou da chefia). No caso acima, a referência é precisamente sobre a previsibilidade do trabalhador sobre os efeitos de suas ações e sobre a própria relação técnico-usuário.

<sup>140</sup> Retomando os princípios da economia psíquica freudiana, Dejours (1994a) apresenta esse conceito como a carga de energia psíquica retida na realização do trabalho. O prazer do trabalhador resulta da descarga dessa energia na realização da tarefa, o que corresponde à redução da carga psíquica do trabalho.

As possibilidades são de dar um suporte as pessoas que sofrem tanto. [...] Não é que a pessoa vá ficar ótima, mas a gente está aqui para ajudar ela atravessar as crises e tentar minimizar os efeitos dos sintomas do sofrimento psíquico. (PROFISSIONAL A)

O possível de se esperar é que o usuário com transtorno mental possa seguir o curso de sua vida de uma maneira menos sofrida, possa lidar melhor com seus problemas, lidar melhor com as situações que a vida vai lhe trazendo, possa seguir a vida com mais autonomia, com mais facilidade. (PROFISSIONAL C)

Na segunda citação, os limites do trabalho estão explícitos quando o entrevistado pondera que “*não é que a pessoa vá ficar ótima*”, colocação possivelmente entendida a partir da ciência de que as manifestações clínicas não sumirão do horizonte por completo, mas que esse também não é o intento do cuidado. Resgatando a discussão presente na parte teórica, o ideal de cura, ao menos enquanto remissão completa de sintomas e restituição de um estado de normalidade, parece realmente fazer parte de uma discussão vencida, visto que soçobrou no discurso e nas práticas observadas na pesquisa de campo, abrindo espaço para a mitigação do sofrimento psíquico e para a busca de novas formas de existência dos usuários, objetivos mais alinhados com a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Frente às possibilidades de alcançar resultados, dois trechos de diferentes entrevistas exemplificaram uma posição que, seguramente, não passa despercebida:

Acho que do tratamento da loucura não é possível esperar nada. Porque se você espera você se frustra. É o que acontece muitas vezes, fica na expectativa e se frustra. Você frustrado, você desanima e você desanimado, você não trata. A gente não tem que ter expectativa. (PROFISSIONAL F)

Depende do caso do paciente, de quem está tratando, do conhecimento e das loucuras de quem está tratando. Acho que se pode esperar muitas coisas sim, acho que depende de vários fatores, depende da sustentação social que essa pessoa está tendo, depende do lugar de tratamento. Só não pode esperar muita coisa. Você tem que se surpreender. Quando você espera é que nada vem. É um trabalho de surpresas. (PROFISSIONAL D)

De fato, as representações ligadas à instabilidade e a incerteza da assistência não deixariam intocadas as expectativas relacionadas aos seus frutos. Contudo, esses dois últimos trechos trazem em sua esteira a veemência com que se afirma que expectativas ou não devem existir ou devem se manter em níveis baixos, sob pena de gerarem frustração.

Convém atentar para o trabalho psíquico aqui demandado, isto é, o policiamento das próprias expectativas, pois essa é uma via que dificulta a decepção e, no mesmo impulso, positiva o trabalho,

posto que o torna fonte de surpresas recompensadoras. Esse esforço é bem peculiar na Saúde Mental e apresenta a função de equiparar as expectativas ao baixo grau de certeza e de controle dos profissionais acerca dos resultados, impedindo que as primeiras sejam solapadas pela inconstância e desabem na forma de frustração. Tal mecanismo vincula-se às possibilidades de gratificação e reconhecimento decorrentes do trabalho, um dos pontos cardeais na constituição do vínculo subjetivo do profissional com seu trabalho e com sua instituição, por sua vez, objeto de análise da próxima seção.

## 6.8 - Os elementos imaginários e afetivos do vínculo subjetivo com o trabalho no CAPS Bispo do Rosário

À luz dos caracteres do microcosmo da cena assistencial, evidenciados acima, dos sentidos doados à experiência de trabalhar no CAPS e dos diversos elementos envolvidos na sua dinâmica de funcionamento, desponta o lato esforço de investigar a coloração assumida pelo vínculo subjetivo entre o profissional e o trabalho realizado no âmbito da instituição.

Esta discussão adquire assaz relevância no Bispo do Rosário, serviço cuja trajetória foi tomada de assalto repetidamente por saída de profissionais e que traz em sua história a insígnia da rotatividade. Na extensão da pesquisa de campo essa característica fez-se saliente, como foi possível observar em uma assembléia de usuários na qual o tema surgiu como um ponto de pauta espontâneo. Nesta ocasião, os usuários relataram a sensação de perda proporcionada pelas freqüentes mudanças na equipe de profissionais, sensação esta devidamente reconhecida pelo corpo funcional, como atestado em citações pregressas.

Dentre os flancos abertos pela literatura acerca da temática do vínculo subjetivo do profissional com seu trabalho, o escopo estipulado para esta dissertação amarra-se na dimensão imaginária de tal laço, assim como na dobra prazer/sofrimento ali presente, marcos que trazem a lume elementos que influenciam sobremaneira a permanência do profissional a longo prazo no serviço. Esta delimitação vem respaldada no arcabouço teórico e no material empírico que molda a pesquisa, além de apoiar-se na

concepção de que os sujeitos ligam-se às organizações não apenas por vínculos materiais e monetários, mas também por enlaces afetivos e imaginários<sup>141</sup>, em especial, pela possibilidade de reconhecimento.

Válido destacar que o vínculo subjetivo dos profissionais com seu trabalho enreda-se profundamente aos sentidos que este último assume na instituição, sendo impossível descolá-los. Como formula Kaës (1991), nas formas assumidas pelas representações do trabalho e nos investimentos psíquicos por elas mobilizados forja-se o elo imaginário que une o sujeito à instituição, dinâmica que constitui a própria economia psíquica desse par. Face aos sentidos do trabalho e o funcionamento geral do Bispo do Rosário, examinados anteriormente, a intenção nessa seção é escandir ainda mais a relação dos técnicos com suas próprias práticas profissionais, trazendo à tona agora os contornos que estremam o vínculo imaginário e afetivo que repousa neste âmbito.

Em uma primeira aproximação, o liame entre os profissionais e as instituições tem como pano de fundo o revestimento divino ostentado por estas últimas, propriedade que tanto em Kaës (1991) quanto em Enriquez (1997; 2001) não se oculta à análise. Ambos reconhecem na instituição uma textura transcendental imputada pelo imaginário social, textura esta que se desdobra no sentido da legitimidade, da permanência absoluta e, a rigor, da imortalidade. Precisamente por sua característica de estar além dos indivíduos, imaginariamente apartadas do desenrolar histórico, as instituições exercem um papel de continente para os mesmos, isto é, uma base estável e sagrada na qual pode-se aportar, ou ainda, uma formação social que trabalha para o bem comum e que protege aqueles que por ela circulam. O invólucro divino e sacramental que envolve as instituições, um apanágio central de sua existência, foi apropriadamente dissecado por Enriquez:

[...] toda instituição coloca, fundamentalmente, a questão da paternidade, uma vez que assegura aos homens o direito de viver, com a condição de se submeterem à lei organizadora do cosmos [...] Toda instituição, qualquer que seja sua natureza, se apropriada de uma parte do divino. (ENRIQUEZ, 2001, p.53)

---

<sup>141</sup> Este pressuposto que vêm nortear alguns estudos no campo da Saúde Pública, como é perceptível, por exemplo, em Azevedo ; Braga Neto ; Sá. (2002) e Onocko Campos (2005).

Aproveitando as teses de Kaës (1991), parte-se da proposição que as instituições mobilizam formações e processos psíquicos compartilhados por seus profissionais, as formações psíquicas intermediárias, que figuram como indispensáveis para a condução do trabalho. Forma-se assim uma realidade psíquica originária que não pertence isoladamente ao sujeito nem ao coletivo, mas que articula os profissionais com a instituição, emergindo como base para o vínculo, o investimento e as representações dessa relação. O caráter bifacial/relacional dessas formações subtrai a possibilidade das mesmas pertencerem exclusivamente ao indivíduo ou ao coletivo e outorga-lhes a função de ligação entre esses registros, principalmente por meio de contratos, pactos e consensos inconsciente, traduzindo assim nós que prendem o sujeito à esfera institucional.

Essa relação inconsciente e imaginária dos indivíduos com suas instituições mostra sua exuberância na raiz de sua própria dualidade e em sua capacidade de despertar afetos. Como exposto acima, a instituição, em sua divindade e a partir de sua transcendência, amarra os indivíduos em algo que lhes excede, ata-os em um porto de sentido. Para isto, contudo, ordena que estes estejam subjugados à sua lei, imperativo que tem como corolário que o fato institucional, em si mesmo, causa sofrimento, pois a entrada de um sujeito na realidade de uma instituição submete este a uma relação insofismavelmente desigual e na qual a distância entre as renúncias exigidas e os benefícios esperados é sempre experimentada pelo indivíduo (KAËS, 1991).

Na apreciação da questão do sofrimento nas organizações, Dejours e sua contribuição sobre a psicodinâmica do trabalho despontam como figuras de proa. Dentro do veio teórico do referido autor, o funcionamento psíquico do trabalhador em suas organizações é considerado do ponto de vista da “*análise psicodinâmica dos processos intersubjetivos mobilizados pelas situações de trabalho*” (DEJOURS, 2004, p. 49). Ao longo de sua obra, Dejours voltou sua atenção para as experiências de prazer e de sofrimento no trabalho, focalizando vivências subjetivas na esfera da “normalidade”<sup>142</sup>, portanto, “*aquém da doença mental descompensada*”. (*Ibid.*, p. 51)

---

<sup>142</sup> “Normalidade” entendida como o equilíbrio instável, fundamentalmente precário, entre o sofrimento e as defesas contra o sofrimento e que surge para o autor com enigma, dado que a análise recai exatamente em como os trabalhadores, em sua maioria, conseguem esconjurar a loucura em detrimento dos constrangimentos deletérios da organização do trabalho. (DEJOURS, 2004)

Nesta trilha de análise, o autor considera toda a organização, de antemão, desestabilizadora da saúde e pontua que *“não podemos conceber uma organização do trabalho sem sofrimento, mas organizações do trabalho mais favoráveis à negociação da superação desse sofrimento”* (Ibid., p. 304). Neste caso, o estudo do sofrimento é balizado sob os auspícios da relação do sujeito com a organização do trabalho, de modo que parte-se da suposição de que o trabalhador busca modos de realizar as tarefas que sejam mais congruentes com suas necessidades e seus desejos. Quando essa relação homem-organização do trabalho fica bloqueada ou torna-se insustentável ocorre, na economia psíquica, um aumento de carga psíquica<sup>143</sup> e começa o domínio do sofrimento - e da luta contra o sofrimento (DEJOURS, 1994). O reconhecimento destaca-se na construção teórica do autor na forma de uma retribuição simbólica, capaz de transformar sofrimento em prazer e doar sentido ao trabalho, o que se alinha com a relevância dada a esse elemento no vínculo subjetivo com o trabalho, já caracterizada anteriormente. (DEJOURS, 2004)

Estabelecidas essas matrizes conceituais de análise, é imperativo pareá-las com o material empírico do trabalho de campo no intuito de esmiuçar o vínculo subjetivo com o trabalho em Saúde Mental. Durante a pesquisa, paradoxalmente, constatou-se que um dos caminhos que ajudam a elucidar a constituição desse liame subjetivo entre o profissional e seu o trabalho é o próprio vínculo formal assumido entre aquele e o serviço. Os traços constituintes do vínculo formal de trabalho modulam aspectos importantes do cotidiano dos técnicos no serviço, sendo aconselhável, portanto, desnudá-los. Recuperando o exposto na seção sobre o desenho organizacional, observa-se que o perfil básico do vínculo empregatício dos técnicos do CAPS aponta para um funcionário público municipal e que trabalha entre 16 e 28 horas por semana na instituição, realidade espelhada na amostra de entrevistas. Em adição, cumpre registrar que a maioria absoluta dos técnicos divide sua semana de trabalho no CAPS com outro emprego, geralmente na área hospitalar ou em outros CAPS.

Ainda que os profissionais sejam majoritariamente funcionários públicos, a existência de dois tipos diferentes de vínculos formais no Bispo do Rosário (funcionários públicos e contratados do IFB) suscitou interesse quanto aos desdobramentos dessa duplicidade na relação dos profissionais com o

---

<sup>143</sup> Cf. nota 140.

serviço. De acordo com as explicações do capítulo dois, de fato, o trabalho na Contemporaneidade caminha cada vez mais para a fragilização dos vínculos formais, concretizada na flexibilização dos contratos, terceirizações, insegurança trabalhista e diminuição da proteção social do trabalhador. O campo da Saúde Pública sofreu o impacto desse quadro, principalmente na década de 1990, com o aumento das terceirizações e da precarização dos contratos no SUS, vindas no embalo das políticas de Estado mínimo que se impunham (MILHOMEM ; OLIVEIRA, 2007).

Neste enquadre, para os profissionais entrevistados com vínculo público a estabilidade do emprego figura como um bem precioso e que reforça o elo dos mesmos com o serviço. Notoriamente, essa condição de estabilidade assume uma conotação ainda mais positiva quando contrastada com a conjuntura atual que esgarça a ligação trabalhador-emprego. A valorização da estabilidade enquanto um fator que retém o técnico no trabalho, assim como a especialidade que a reveste na atualidade, transparecem nas citações abaixo:

O fato de ser estável me atrela mais aqui, pois ser estável possibilita que você construa uma vida de maneira contando mais como emprego. No mercado privado você corre o risco de não ter emprego mais e eu pensaria três vezes antes de sair daqui porque eu sei que é mais difícil ter isso lá fora. (PROFISSIONAL A)

Nós temos contratados pelo IFB e isso faz com que eles não sustentem muito esse trabalho. Quando você tem um vínculo público você pensa duas vezes (em sair). (Eu) Já pensei em sair, mas o vínculo dificulta isso. Talvez se o vínculo fosse de outra ordem seria mais fácil. Já pensei em sair, mas pensei: “Vou me desfazer desse vínculo”? [...] A estabilidade hoje em dia faz muita diferença, muitos procuram essa estabilidade e você vai jogar para o alto? Isso (o vínculo estável) faz com que você sustente e suporte mais algumas coisas. (PROFISSIONAL F)

Assente na concepção explícita neste último trecho, é possível defender a idéia de que a estabilidade opera como um amortecedor defronte às adversidades presentes na realização do trabalho. De sorte que essa condição formal do vínculo empregatício surge como um componente basilar na relação do profissional com o trabalho, inclusive nos momentos em que aquele a questiona, afigurando-se, deste modo, como um fator de peso na composição de forças que dá forma ao vínculo subjetivo.

Depreende-se também da última citação (que é de um funcionário público) certa percepção de que os contratados, em função da ausência de estabilidade, sustentam menos as adversidades do

trabalho. Esse tópico foi abordado durante as entrevistas com os contratados e as falas destes, se não chegam ao ponto de confirmar em termos absolutos as ponderações da citação acima, com efeito, respaldam e autorizam a percepção de que a estabilidade realmente adquire grande força na manutenção do vínculo com o trabalho. Assim, ao ser indagado sobre o que significava estar no CAPS como contratado, um dos entrevistados externou que *“Acho que tanto trabalhando pelo IFB ou pela prefeitura, eu trabalharia afetivamente da mesma forma. Mas em relação ao tempo que eu ficaria aqui, acho que talvez tivesse alguma mudança. Se fosse pela prefeitura, eu, talvez, não tenho certeza, ficaria um tempo maior do que pelo IFB.”* (PROFISSIONAL B)

Outro ponto do vínculo formal sobre o qual os profissionais discorreram ao longo de algumas entrevistas foi a quantidade de horas semanais disponibilizadas por eles no serviço. O regime de trabalho dos profissionais conforma-se tanto às suscetibilidades pessoais dos mesmos quanto às necessidades do Bispo do Rosário, de maneira que cada qual monta sua grade de horários em função das demandas do CAPS (incluindo o arranjo com a agenda dos outros profissionais e a presença requerida na reunião de equipe) e também de suas preferências pessoais (que muitas vezes estão relacionadas com a harmonização com os horários de outros empregos).

Quando os entrevistados tocavam na temática da carga horária, os mesmos foram convidados a discorrer sobre a possibilidade de ampliação da mesma, neste caso, hipoteticamente acompanhada de um proporcional aumento na remuneração. As falas dos entrevistados convergem para uma posição de refutação dessa conjectura e as justificativas que basearam essa recusa testemunham eloqüentemente sobre alguns componentes que entrecruzam o próprio vínculo subjetivo com o trabalho:

Enlouquecedor, péssimo, para todos nós, inclusive para os pacientes. Eu não concordo, acho que é o tipo de serviço que não dá. (ATUAL COORDENADORA DO CAPS)

Acho que o serviço numa estrutura psiquiátrica é um serviço muito intenso, até pelo aspecto emocional. Acredito que uma carga horária integral, de segunda a sexta feira, de 09 às 17 horas, acho que seria bastante pesado. (PROFISSIONAL C)

Para os técnicos a sobrecarga seria muito grande. Porque um dia no CAPS, dá para o profissional se sentir sugado. Tanto que mesmo com a carga horária que temos aqui, muitos não suportam, porque suga muito o profissional (PROFISSIONAL F)

O mesmo tom brota nas entrevistas de outros profissionais, via de regra apontando para a intensidade e a sobrecarga oriundas da realização do trabalho em Saúde Mental. A quase ubiquidade dessa sensação fornece indícios sobre os caracteres que alimentam a própria formação do vínculo subjetivo dos profissionais com o trabalho, mormente por meio dos afetos suscitados.

Consoante com essa afirmação, a sensação de sobrecarga deve ser considerada em sua complexidade, isto é, na intersecção de vários constituintes da dinâmica do trabalho na instituição. Neste prisma, seja para estudar a sobrecarga psíquica ou qualquer outro elemento do vínculo subjetivo, é possível asseverar que este último é influenciado por vários componentes que circulam no exercício profissional no serviço, abarcando assim, as condições materiais de realização do trabalho, o relacionamento da equipe, os sentidos doados ao Bispo do Rosário, as demandas da Reforma Psiquiátrica e o espaço relacional técnico-usuário. Os trechos abaixo se coadunam com essa posição ao mostrar os contornos do vínculo subjetivo em suas diversas interfaces:

Eu acho que ali há muitos enfrentamentos, desde críticas que o profissional começa a ter por se achar superexigido, sobrecarregado, pois a proposta da reforma é muito grandiosa. Em certo sentido, é uma tentação de assegurar coisa demais, não sei se nós temos pernas para isso. E dentro de certa escassez de recurso, e de uma coisa permanente de ter que construir e reconstruir, rede, inventividade, criação, sustentação de vínculo difícil. Dependendo do momento que a pessoa está da vida dela e de como ela está podendo se relacionar com o trabalho, isso pode ficar insustentável para ela. E aí não acho que seja uma coisa de ganhar bem ou mal ou porque trabalha longe ou porque o chefe é mais ou menos rigoroso, é de como você está atravessado por aquilo e com que você está trabalhando. [...] Aqui se trabalha com uma clientela grave, que a todo momento traz um impasse, e que outros imperativos se impõem, a questão da família, do dinheiro, dos direitos, dos benefícios. Então eu acho um exercício muito duro. (ATUAL COORDENADORA DO CAPS)

Quando vim para cá percebi que a gravidade dos pacientes era muito alta. Isso começou a me desgastar muito porque no primeiro momento, referenciaram muitos pacientes a mim. (PROFISSIONAL B)

É um trabalho muito pesado e muito incerto, a gente lida com a incerteza o tempo todo sobre o que vai acontecer, muita pressão, muita demanda, casos muito graves. (PROFISSIONAL A)

Porque o grande lance de você suportar um trabalho tão pesado é ter uma equipe afinada e você ter condições de trabalho. Porque o grande material que você tem para trabalhar é você mesmo e a rede que você estabelece. (PRIMEIRA COORDENADORA DO CAPS)

Esses comentários mapeiam diversas possibilidades de manifestação do vínculo subjetivo com o trabalho, mas comungam em reportar as exigências psíquicas e as nuances assumidas pelo sofrimento no exercício profissional nas instituições de Saúde Mental, fundamentalmente por meio da alusão à *sobrecarga*, ao *peso* e ao *desgaste* do trabalho. Expostos nesta mesma cena encontram-se a escassez de recursos materiais, as demandas e os ideais da Reforma Psiquiátrica e os desafios na relação usuário-técnico (como a incerteza e a gravidade dos usuários), ao mesmo tempo em que é sublinhada a importância de uma boa relação de equipe como fator que ajuda a manejar o desgaste profissional no trabalho. Esta última colocação é tanto mais verossímil quanto a equipe e seus fóruns de discussão conseguem operar como espaços de análise desse sofrimento e logram propor alterações benéficas à organização do trabalho. Efetivamente, essa série de falas manifesta a complexidade da formação do elo que liga o técnico ao seu trabalho, porquanto sua formação é relativa a um plexo de componentes inextrincáveis e inclui toda a gama de aspectos já referidos no relato dessa pesquisa de campo.

Sendo assim, as adversidades atinentes ao suporte material da assistência, exemplificadas na dificuldade de obtenção de carros para visitas domiciliares e nos problemas com a linha telefônica, obstam a realização do trabalho, gerando frustração e desgaste. Retomam-se brevemente aqui os postulados de Dejours (1994a), nos quais transparece a idéia de que os impedimentos para realização do trabalho desautorizam a descarga psíquica, levando o profissional ao domínio do sofrimento.

No mesmo passo, se a Reforma Psiquiátrica opera como mediador na assistência e fornece ideais para o trabalho em Saúde Mental, o alcance de suas premissas, além de um objetivo, é um fator que traz consigo a exigência da construção de novas propostas de cuidado. Em nome da gigantesca promessa de construção de um serviço substitutivo, escreve Merhy (2004), os trabalhadores da Saúde Mental jogam a si mesmos no “olho do furacão” e fazem do seu cotidiano um palco no qual os desafios e a experimentação dificilmente fogem à cena. Se tal cenário é extremamente salutar para o desenvolvimento de uma boa assistência, isso não o exime de ser um elemento que pode sobrecarregar emocionalmente o técnico, já que a grandiosidade e a ambição da Reforma Psiquiátrica colocam-se perante alguns obstáculos, como por exemplo, as insuficientes condições de infra-estrutura, o contexto

contemporâneo adverso e a própria dificuldade de operacionalizar as mudanças pretendidas na assistência.

A imersão no microcosmos da assistência é capaz de apresentar mais elementos explicativos para o sofrimento imputado ao trabalho em Saúde Mental. Merhy (*Ibid.*), nesta vereda, destaca o cruzamento de um imaginário que exige dos trabalhadores presteza e um agir clínico suficientemente bom com a presença de um dia-a-dia fortemente habitado por intensas demandas de cuidado e múltiplas exigências psíquicas ao trabalhador, o que pode gerar desgaste e efeitos temerários na subjetividade destes:

Não é por acaso, que muitos trabalhadores, em supervisão, falam, como um lamento, da sua exaustão, da sua tristeza, da sua incapacidade de acolher o outro, o tempo todo, e do seu pavor diante das crises dos usuários. E, cobram, exatamente de si, o oposto: o de estar sempre em prontidão e apto, o de estar sempre atento e alegre, o de ofertar escuta a todo momento que se fizer necessário, e o de tomar as crises como eventos positivos e como oportunidades. (MERHY, 2004, p. 8-9)

Ademais, cabe recuperar os efeitos da incerteza e do baixo controle dos resultados no trabalho, que se acentuam ainda mais em casos marcados por elevada gravidade clínica e social. De fato, como observado no estudo de campo, em meio a esse quadro de adversidades, as expectativas dos profissionais quedam-se rebaixadas. Neste sentido, poder-se-ia caracterizar certa ambivalência no que se refere às expectativas dos técnicos: por um lado, há investimento psíquico na Reforma Psiquiátrica e na possibilidade de obter resultados nesse paradigma de transformação da assistência; por outro, na cotidianidade do serviço, desponta um rebaixamento das expectativas de êxito nos casos.

Como qualquer avaliação de resultados está sempre atrelada ao seu respectivo nível de expectativa, esse mecanismo de rebaixamento opera como marco regulatório para o jogo de frustrações e realizações, tal e qual baliza a sensação de potência profissional. Este marco funciona como uma grade de sentido que busca (mas nem sempre consegue) amortecer frustrações e potencializar realizações, sendo necessário para a própria continuidade no trabalho e para relativar o desgaste profissional relacionado aos enfrentamentos do trabalho. Sendo baixas as expectativas, a melhora de um usuário é assaz gratificante, ao passo que o insucesso, imerso nas incertezas e no desconhecimento da loucura, surge relativizado, porquanto não está acoplado somente à diligência/aptidão do profissional. No fundo, na maioria dos profissionais, o malogro de uma investida terapêutica desvela um diálogo

entre a incerteza e a dificuldade de obter resultados e a responsabilidade pessoal pelas vicissitudes de cada caso:

As maiores frustrações, por uma questão narcísica mesmo, está na melhora ou na piora dos pacientes. Infelizmente, porque quero desconstruir isso porque sei que não depende só de mim. Mas fico muito bem quando vejo que o paciente está melhorando com as minhas intervenções e muito mal quando eu tento, tento, tento e não há melhora nenhuma. (PROFISSIONAL B)

Nessa mesma fala, revelam-se ainda os afetos despertados pelo fracasso e despontam os efeitos narcísicos envolvidos na prática profissional. Retornando a discussão do capítulo quatro, o contrato narcísico confere aos profissionais da Saúde Mental um lugar social do qual emana sua responsabilidade pelo tratamento da loucura e que está calcado na sua presumida habilidade de cuidado. Como visto, o exercício do trabalho vincula-se às possibilidades de apaziguamento dos apelos narcísicos dos profissionais, de maneira que insucessos em série, sem a presença de mecanismos regulatórios, podem minar e desestabilizar o vínculo libidinal do técnico com o seu trabalho e com o lugar social que este propicia.

Nesta linha, o insucesso e as frustrações põem em risco este contrato, ainda mais se o fracasso for explicado mais pela responsabilização pessoal do que pela instabilidade do tratamento, assim acarretando representações de impotência que podem ter efeitos na identificação profissional. Essa ferida narcísica pode gerar implicações, inclusive, para além da esfera individual e dificultar o investimento no projeto institucional e sua proposta de tratamento. Inversamente, se o malogro for atribuído mais às incertezas/dificuldades dos casos e menos à atuação do profissional, a impotência aparece mitigada. No que toca aos casos bem-sucedidos que permitem a obtenção de realização/reconhecimento profissional, estes reforçam o contrato narcísico, suscitando um imaginário de potência, ainda mais quando se pensa na complexidade e nas incertezas do campo.

Outro fator importante para pensar a questão narcísica envolve as possibilidades de reconhecimento social do trabalho em Saúde Mental. Algumas entrevistas assinalaram a forma como os profissionais concebem o olhar social acerca de suas práticas, entre as quais se destaca esta:

É engraçado, mas as pessoas acham em geral que é uma coisa meio mágica e que é meio perigosa. Mágica no sentido de trabalhar com algo tão desconhecido e tão banido da sociedade como é a loucura, tão sem explicação. Mas também têm aqueles que falam: “Como você suporta isso”? “Eu não daria para isso de jeito nenhum.” E essa fala às vezes é seguida de “ainda bem que alguém faz” ou “para mim não serviria”. (PROFISSIONAL A)

Revela-se então um trabalho que não é alvo de grande valorização social, na exata medida em que não é visado por muitos, realidade que é parcialmente explicada pela própria desvalorização sofrida pelos funcionários públicos do SUS. Ademais, há o risco de ocorrer um reconhecimento negativo dos técnicos pela posição dos usuários e pelo estatuto da loucura na sociedade, como atesta Onocko Campos: *“nos equipamentos de saúde e educação [...] se a população da área de abrangência é vista como pobre, desvalida, desrespeitada, sem valor, após um tempo, a própria equipe se sentirá assim”* (ONOCKO CAMPOS, 2005, p. 577). Como salientado antes, no Complexo Juliano Moreira tal quadro de desvalorização social ganha ainda maior expressão em virtude da sedimentação histórica de imagens negativas acerca do trabalho ali praticado.

Mesclando essas referências sociais pouco favoráveis com as dificuldades de obtenção de resultados (e a impotência que pode decorrer daí), emerge de forma crítica a questão do reconhecimento no trabalho, elemento central para a ligação dos indivíduos às organizações e vivência capaz de transformar sofrimento em prazer - como salientado por Dejours (2004). Nestes termos, o reconhecimento, seja ele no âmbito da própria instituição (pelos pares ou pela chefia) ou no campo social, remete-se à capacidade de resposta aos desejos de afirmação narcísica dos profissionais de Saúde Mental. Assim, às dificuldades na obtenção de reconhecimento correspondem obstáculos na manutenção dos vínculos e na formação da experiência de prazer no trabalho.

De outra parte, decerto que o vínculo subjetivo com o trabalho não finca seus pilares apenas no terreno do desgaste, da sobrecarga e das dificuldades em conseguir reconhecimento profissional, de modo que aquele também é modulado por mecanismos de gratificação. De início cabe lembrar que a própria incerteza nos resultados, conforme discutido acima, pode ampliar a valorização dos êxitos, gratificando os profissionais.

Ademais, sendo capaz de proporcionar assistência a um segmento da população excluído socialmente e que se vê às voltas com o sofrimento psíquico, o trabalho em Saúde Mental toma para si a responsabilidade de fazer aquilo que poucos se propõem a realizar, mesmo recebendo em troca uma remuneração baixa. Com efeito, este cenário confere ao trabalho uma conotação *nobre*, no sentido em que exige doação pessoal e sacrifício, sendo capaz inclusive de fornecer uma recompensa moral ante sua realização. Como tal, contrapõe as agruras do trabalho ao desprendimento de fazê-lo, legitimando alguma valorização e reconhecimento:

Vou falar uma coisa que vai parecer ingenuidade. Não sou insubstituível, ninguém é, mas eu estou fazendo algo que quase ninguém quer fazer pelo dinheiro que a gente ganha aqui. É algo que me engrandece muito, acho que eu pude evoluir muito como pessoa aqui dentro. Em poucos trabalhos você consegue isso. [...] Acho que o que me toca aqui é a grandiosidade do trabalho que a gente faz e que às vezes a gente não se dá conta. Meio altruísta, sacrificante, tem vezes que saio daqui louco, muito tocado pelo sofrimento que eles (os usuários) passam. (PROFISSIONAL D)

Essa valorização moral arrogada à assistência opõe-se à desvalorização social ressaltada acima, mitigando os efeitos dessa última, principalmente porque os profissionais experimentam certa gratificação ao atender uma clientela considerada tão necessitada, arranjo que acaba ocasionando, em alguns casos, um envolvimento afetivo significativo:

O trabalho é muito bom, muito bonito. Cansativo mas gratificante, porque demanda muito. Você se doa bastante porque vê que tem muita gente precisando [...] mas no término do dia você se sente gratificada. Você se envolve muito, emocionalmente falando, a gente acaba tomando o caso para gente. (PROFISSIONAL G)

Em linha com o supradito, seria leviano negar que parte significativa dos profissionais crê no valor positivo de seu trabalho, condição que engendra, nos dizeres de Kaës (1991), uma aderência narcísica à tarefa primária<sup>144</sup>, isto é, uma identificação favorável com a missão da instituição. Essa *nobreza*, que já existe no próprio desprendimento de assistir à loucura, faz-se presente *a fortiori* na reformulação do cuidado proposta pela Reforma Psiquiátrica. Isto é, se a assistência à loucura já evoca

---

<sup>144</sup> Tarefa primária é entendida por Kaës (1991) como a razão de ser da instituição, a sua finalidade. No caso do CAPS seria assistir aos usuários tendo como base os preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

certa altivez, assisti-la por meio dos preceitos da Reforma Psiquiátrica potencializa ainda mais esse caráter.

Desta maneira, a filiação à Reforma Psiquiátrica, patenteada na idealização e na excepcionalidade de seu projeto, se pode trazer sobrecarga emocional pela sua grandiosidade e ambição, franqueia também aos técnicos a possibilidade de positivar sua inserção profissional e de experimentar a sensação de pertencimento a um coletivo engajado, composição que pode, dentro de certos limites, relativizar o *peso* e o mal-estar em suas atividades. Neste engajamento coletivo situa-se o investimento psíquico que é capaz de unir os membros da instituição ao redor do desejo de proporcionar uma assistência próxima do ideal, configurando, de acordo com Kaës, um agrupamento, formação intermediária que une os membros de uma equipe pela comunidade de suas fantasias, desejos, sintomas e identificações, ligando-os à instituição, ao seu ideal e ao seu projeto.

Harmonizadas com a proposição de que a excepcionalidade e a idealização da Reforma Psiquiátrica afetam o vínculo subjetivo, as conclusões de Rebouças, Legay e Abelha (2007) sobre o trabalho em Saúde Mental, baseadas em pesquisa levada a cabo no próprio Complexo Juliano Moreira, demarcam a posição de que o grau de satisfação dos trabalhadores da área tende a ser maior quando os mesmos atuam em projetos que buscam materializar as novas propostas assistenciais da Reforma Psiquiátrica. Em acréscimo, as autoras trazem à tona o suporte da equipe como um fator que contribui positivamente para a satisfação, constatação que encontra ressonância em uma citação transcrita anteriormente, enfatizando, todavia, as precárias condições de trabalho (falta de recursos humanos e materiais) como um traço dos serviços que age no contra-rumo, isto é, contribuindo para a insatisfação dos profissionais.

Mesclados na mesma paisagem, os obstáculos e o sofrimento, de uma parte, e a *nobreza* e a idealização da assistência, de outra, conferem ao vínculo com o trabalho em Saúde Mental um manto de sacrifício que remete à imagem do *front*, imagem esta que equilibra adversidades e glórias. Esse imaginário de sacrifício parece cintilar, outrossim, na forma como os profissionais representam sua entrada e permanência no campo da Saúde Mental, pois a inserção de um profissional neste tipo de trabalho é significada como uma espécie de desígnio, de modo que a tolerância diante das

contrariedades apela para uma envergadura (ou vocação) que poucos oferecem. Assim, o vínculo com a Saúde Mental não encontra no acaso morada plausível:

Eu trabalho em um serviço como esse (CAPS) há tanto tempo. [...] Alguma coisa tem aí, ninguém pára na Saúde Mental à toa.[...] Eu até brinco que vou ter que pagar muitos anos de análise para descobrir o que me faz levantar todo dia para trabalhar nisso que a gente trabalha. (ATUAL COORDENADORA DO CAPS)

Mas um dos motivos para fazer a especialização (em Saúde Mental) foi exatamente essa resistência com a psiquiatria. Quando eu fui fazer a entrevista, a pessoa que estava me entrevistando até me disse “ninguém cai nessa área por acaso”. Eu disse: “Ah não, só quero saber como é isso”. [...] E já tem doze anos que trabalho e não consegui mais sair. (PROFISSIONAL F)

A percepção de que os profissionais não atuam em Saúde Mental *à toa* ou *por acaso* possivelmente retrata as próprias singularidades e os enfrentamentos do trabalho, de forma que suas características seriam atraentes (ou toleráveis ou manejáveis) apenas para um grupo menor de pessoas. De toda forma, isto não impede que as equipes de Saúde Mental estejam sujeitas a uma elevada rotatividade de profissionais, seja no CAPS Bispo ou em seus congêneres.

Remetendo a discussão da rotatividade a um círculo ampliado, cabe lembrar que o próprio contexto contemporâneo não se furta a fornecer tepidez ao vínculo profissional. Em primeiro lugar, em função da fragilização do vínculo formal. De fato, as entrevistas realçaram a estabilidade como um fator que deve ser considerado no tempo de vinculação do profissional e indicaram uma maior rotatividade nos empregados contratados. Em segundo lugar, graças ao fenecimento da perspectiva de longo prazo própria à carreira (*career*) e a ascensão do nomadismo relativo aos empregos (*jobs*), visto no capítulo dois por meio das teses de Sennett.

Todavia, a alusão a essa modalidade mais fugaz de ligação subjetiva com o trabalho sublinhada por Sennett não é diretamente visível no discurso dos profissionais do CAPS, como provavelmente não seria em entrevistas com profissionais de qualquer outra área do mundo do trabalho. Isto porque ela adere às reentrâncias e às arestas de cada realidade profissional, imiscuindo-se aos mal-estares e desconfortos peculiares a cada trabalho, potencializando-os e minando o vínculo subjetivo.

Em pesquisa referida acima, Rebouças Legay e Abelha (2007) encontram na literatura, assim como no Complexo Juliano Moreira, outras variáveis para a rotatividade em Saúde Mental como a idade e o tempo de serviço dos profissionais, debuxando uma tendência que assevera que os mais jovens e novos no serviço sentem menor satisfação e sofrem maior impacto emocional no trabalho, o que eleva a rotatividade neste grupo; por seu turno, os indivíduos mais idosos e antigos, graças a menor oferta de emprego e da elaboração de estratégias adaptativas defronte às adversidades do trabalho, conservam seu vínculo empregatício por um tempo mais prolongado.

Retornando à pesquisa de campo, restam poucas dúvidas que esta temática está perpassada também por outras dimensões, além das citadas acima. Em uma primeira aproximação, características que grassam do campo da Saúde Mental em geral, como as fontes de sofrimento e desgaste descritas acima, caucionam a interpretação de que alguns elementos da natureza do trabalho e suas condições de exercício, assim como os baixos salários, a falta de perspectivas de crescimento profissional e a desvalorização que cruza toda a Saúde Pública no país, favorecem o esmaecimento de um vínculo subjetivo com trabalho. Em colusão, as particularidades presentes em âmbito local, como por exemplo, o imaginário depreciativo da antiga Colônia Juliano Moreira, a distância dos grandes centros urbanos e a invisibilidade do trabalho, anteriormente citados, reverberam igualmente nesse liame subjetivo.

Outros ângulos ainda podem ser explorados para pensar o tempo de vinculação com o serviço, como apreensível nestas duas entrevistas:

Particularmente, acho que técnico de CAPS não deve ficar muito tempo mesmo. [...] Não acho que CAPS é um serviço para ninguém se aposentar, pois eu acho que é um trabalho que exige que você pense a todo momento muito criticamente. [...] E para a equipe, um olhar novo, de uma pessoa nova, que transita pelos serviços e chega na equipe, ela traz sempre novos ventos. Ela tem um olhar crítico, coisa que às vezes por nós estarmos muito tempo dentro de um serviço a gente não consegue manter, não consegue ter. [...] Então, por um lado eu acho que é bom que tenha uma rotatividade, pois é exatamente isso que impede uma tentação de ficar engessado e assim gerar outra coisa, mas por outro lado, para equipe também é muito complicado se toda hora sai um, os vínculos ficam muitos fragilizados. [...] Acho que tem que ter renovação depois de algum percurso, porque as saídas que ocorreram no Bispo não foram exatamente depois de um tempo, as pessoas ficavam pouco e logo saíam. (ATUAL COORDENADORA DO CAPS)

A atuação em Saúde Mental tem um tempo; acho que muito tempo faz mal. Porque quando você começa a ver aquilo (o encontro clínico com os usuários) com muita

naturalidade é bom parar, dar um tempo, sair fazer outras coisas e voltar. No outro serviço que eu trabalhei a gente brincava que era o profissional-árvore: ele fica ali, se enterrou e nada muda. Tudo acontece e ele fica ali enraizado. Na mesma não se atualiza e se acomoda, fica um marasmo e os pacientes acabam prejudicados. Na Saúde Mental, os profissionais deviam rodar. [...] Qualquer profissional, depois de certo tempo, ainda mais em Saúde Mental, acaba perdendo a sensibilidade para certas questões. E a minha preocupação maior é essa: perder essa sensibilidade (PROFISSIONAL F)

Ambas as citações postulam uma limitação temporal para o vínculo com o campo da Saúde Mental e exibem em sua raiz comum a exigência crítica esperada na construção do cuidado. Esta encarna uma função cardeal para a assistência, pois sua presença obsta a solidificação das práticas assistenciais e desencadeia uma constante reinvenção do serviço. Entretanto, no decurso da vida profissional, tal exigência crítica pode desencadear desgaste profissional - pressionando assim seu vínculo subjetivo com trabalho - ou ainda perder sua força inicial, dessensibilizando os profissionais diante da assistência, duas vicissitudes apontadas nos trechos citados. Por sinal, essa naturalização, temida pelos profissionais, também se encaixa a preceito na arena das estratégias defensivas, descritas progressivamente. Ante as frustrações e o sofrimento que estão presentes no espaço assistencial, uma camada de insensibilidade frente às demandas de cuidado do louco e os desafios que lhes são correspondentes protegem o profissional de seu próprio mal-estar, sendo, todavia, nocivas para o trabalho.

Nas entrevistas, os técnicos foram instados a discorrer sobre suas perspectivas profissionais em um horizonte de médio prazo (em torno de cinco anos) e as chances de cada um permanecer no CAPS Bispo do Rosário e na Saúde Mental. A maioria destacou a intenção de continuar a médio prazo no serviço, embora três técnicos tenham expressado planos para o seu futuro profissional que não incluem a permanência no Bispo do Rosário neste mesmo balizamento temporal. Os motivos listados abraçam tanto a consecução de outros objetivos profissionais quanto a sobrecarga do trabalho, ainda que os três tracem prospectivamente para si a continuidade no campo da Saúde Mental. Nestes casos, os participantes apontam para outros tipos de inserção no campo e também para uma menor carga horária semanal, fugindo assim do desgaste de um CAPS.

Algumas hipóteses podem ser aventadas para essa permanência na Saúde Mental como, por exemplo, dificuldades de realocação profissional em outros campos ou mesmo as supracitadas gratificações advindas do trabalho, razões que podem ser suficientes para amenizar as frustrações da assistência, contribuindo assim para reter uma parcela significativa dos profissionais; contudo, a busca contínua por uma inserção que mitigue as agruras do trabalho surge como um fator que pode explicar a rotatividade dentro da própria rede de Saúde Mental.

## 7- ATRAVESSAMENTOS DO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: LIMITES E POSSIBILIDADES NA ASSISTÊNCIA À LOUCURA

Mesmo diante da brevidade da conclusão desta pesquisa, reserva-se a fundamental incumbência de pôr em relevo os principais apontamentos da discussão que lhe antecede, sintetizando-os e confrontando-os com as questões e os objetivos da dissertação. Nesta visão retrospectiva, resta límpida a comprovação de que a problemática que guiou essa pesquisa, a saber, o estudo da dinâmica do trabalho em Saúde Mental, para alcançar a fertilidade almejada, não poderia se reduzir as fronteiras do próprio campo da Saúde Mental. Mui precocemente as questões que direcionavam a pesquisa foram lançadas em outras caixas de ressonância, bem entendidas como os diferentes aportes teóricos que conduzem essa pesquisa.

Essa aposta de interlocução ampliada reuniu, na mesma combinação conceitual, contribuições que facultaram, por exemplo, a apreensão do objeto da pesquisa a partir de uma conjuntura maior - como perceptível no diálogo com a sociedade contemporânea e com a conjuntura do Sistema Único de Saúde - e da discussão acerca das dimensões simbólica e imaginária do cuidado, propiciada pelas lentes da psicossociologia francesa e da teoria psicanalítica aplicada a grupos.

Do entrelace deste conteúdo teórico-conceitual com a fecundidade da pesquisa de campo irrompe a iniciativa de materializar, em um quadro inteligível, a dinâmica do trabalho em Saúde Mental, esforço de coalescência que poderia desposar a idéia de construir esquemas fechados que a espelhassem. Porém, perante a trama de conceitos, pensamentos, observações e relatos na qual se ancora a presente dissertação, a opção recaiu na proposta de apresentar a concatenação assumida pelos *atravessamentos* do trabalho em Saúde Mental. Estes últimos, ao plasmar elementos organizacionais, simbólicos e imaginários circulantes na realidade institucional, são concebidos aqui como os principais eixos que transpassam as dobras do cuidado à loucura, atingindo transversalmente as diversas facetas dos serviços e a microfísica dos atos assistenciais. Nesta conclusão, a apresentação dos atravessamentos baseia-se

nas seções do capítulo seis (no qual os resultados da pesquisa de campo são relatados), ainda que não haja coincidência absoluta entre os primeiros e as citadas seções.

No transcurso desta pesquisa, o trabalho em Saúde Mental foi analisado precipuamente sob uma ótica psicossociológica e clínica, de modo que mesmo o estudo das condições materiais do serviço, como infra-estrutura e conjunto arquitetônico, foi regido pela observância de seus efeitos subjetivos e sociais nos técnicos partícipes do estudo de campo. Guardando coerência com essa posição, é forçoso valer-se dessa leitura institucional como um fio de Ariadne, capaz de presidir a investigação da dinâmica do trabalho em Saúde Mental em meio ao denso emaranhado de atravessamentos que o compõe. Configura-se, portanto, como um eixo condutor a partir do qual os variados aspectos da assistência serão compreendidos e deslindados.

Cabe notar ainda dois pontos que devem ser iluminados com o intuito de evitar qualquer torção nas propostas por esta dissertação patrocinadas. Primeiramente, afirma-se que os referidos atravessamentos traspassam a cadeia de cuidado do serviço de maneira imbricada, nunca correndo em paralelo, e sim, promovendo intercessões contínuas. Em adição, postula-se que os feitiços adotados por estes atravessamentos no âmbito do serviço travam relação com os macrocenários que os englobam, não na forma de uma determinação irrevogável, porém como marcos que abrem possibilidades e demarcam limites, como será possível apreender nos parágrafos seguintes.

Deste modo, os atravessamentos em questão - mesmo que figurem como categorias empíricas apreendidas no domínio da pesquisa de campo - reportam-se infatigavelmente, no recorte estabelecido nesta dissertação, a três macrocenários e suas circunvoluções: a configuração societária contemporânea, a conformação do Sistema Único de Saúde e a composição do campo da Saúde Mental (incluindo as políticas públicas propriamente ditas e também o movimento de Reforma Psiquiátrica).

Vertidos no decurso do relato da pesquisa de campo, esses atravessamentos foram instados repetidas vezes a dialogar e negociar com esses macrocenários, posto que assumir uma posição de exterioridade e desligamento entre esses âmbitos seria tão inconsistente para o encadeamento do texto quanto falacioso para suas conclusões. Este inarredável direcionamento repetir-se-á nas linhas desta conclusão, colocando o acento no resgate dos liames estabelecidos por essa interlocução.

Supondo sempre a inter-relação profunda entre os atravessamentos, o primeiro atravessamento que irrompe na dinâmica do trabalho em Saúde Mental concerne à **história do serviço**, incluindo não apenas o período que compreende a implantação do Bispo do Rosário até a atualidade, mas similarmente a carga histórica do Complexo Juliano Moreira, que se insinua sobremaneira no CAPS. Em sua gênese, o Bispo do Rosário solda-se a uma cadeia de acontecimentos que operou, a partir das décadas de 1980 e 1990, um ponto de cesura na diacronia do Complexo Juliano Moreira. Este processo buscava o despojamento da incrustada imagem manicomial que coagulava retrocesso técnico e incurabilidade de pacientes, além de se alinhar às proposições da Reforma Psiquiátrica, cujos reflexos já tinham proporcionado a inauguração do CRIS e do HMJM.

Em meio à descentralização do SUS e da ascensão da SMS-RJ à condição de ator estratégico na Saúde Mental do Rio de Janeiro, as *Tardes de convivência* metamorfoseiam-se no CAPS Bispo do Rosário, conjugando, peculiarmente, o desejo de diferenciação perante a assistência hospitalar com a atipicidade que emoldura sua localização dentro do Complexo Juliano Moreira. Esta condição, tributária do processo histórico de constituição do serviço e que empresta a este certa anfibia, repercute no trabalho dos profissionais, por exemplo, influenciando as ações no território (por conta da distância geográfica), o espaço arquitetônico utilizado (oriundo do reaproveitamento de um antigo pavilhão) e os próprios sentidos assumidos pelo cuidado, destrinchados adiante.

Outro fator que cruza constantemente a realização do trabalho em Saúde Mental remete-se às **relações institucionais e à interação com a rede de serviços assistenciais**. Com efeito, a relação do CAPS com os demais entes da rede assistencial, seja com outras organizações de Saúde ou com outros setores, depõem sobre o dia-a-dia do serviço. Em primeiro lugar, em função das relações com o IMASJM e com o HMJM que, no limite entre parceria e dependência, conseguiram viabilizar a assistência do CAPS, ainda que carreassem alguns entraves para a sua gestão, tolhida em sua autonomia.

Em segundo lugar, porque as políticas públicas de Saúde Mental propugnam os CAPS como organizadores da rede assistencial, conferindo a estes um papel proeminente e emblemático na mesma. Conforme explicitado no capítulo seis, a missão de firmar conexões com outras instituições é uma

direção de trabalho para o Bispo do Rosário, posição que repercute intensamente na atuação dos profissionais, visto que incrementa as possibilidades terapêuticas, facilita os encaminhamentos e o acompanhamento dos casos, cria espaços para a troca de informações, etc.

O **suporte material** figura, deste modo, como mais um atravessamento para o exercício das práticas profissionais. Tal qual aduzido no capítulo três, a precariedade do SUS agravou-se na década de 1990, em boa parte graças ao ajuste das políticas sociais brasileiras e às dificuldades de financiamento oriundas da inserção do país na economia globalizada/contemporânea, conjuntura que ainda hoje, em seus desdobramentos, limita o trabalho mesmo nas pequenas células da assistência. Se a presença de uma biblioteca (utilizada, por exemplo, na oficina literária) e a amplitude do espaço (que comporta com sobras as atividades perpetradas no CAPS) beneficiam largamente a assistência, o Bispo do Rosário não passa intocado às costumeiras insuficiências de infra-estrutura que alastram-se no SUS, contextura que rebate no serviço na forma de má conservação e carências na área de comunicação e transporte.

Os efeitos dessa insuficiente infra-estrutura não estão restritos às condições concretas do cuidado, ecoando também no imaginário dos profissionais acerca de seu trabalho, construindo vivências de desqualificação e impotência que prejudicam vínculo subjetivo dos profissionais com o próprio trabalho e que podem despertar correlatos mecanismos defensivos como forma de minimizar o sofrimento e sustentar a assistência.

Por sua vez, o espaço arquitetônico do Bispo do Rosário escapa do padrão utilizado pela maioria dos CAPS, em virtude do uso do espaço físico de um antigo pavilhão do Complexo Juliano Moreira. Se muitas características desse pavilhão foram transmutadas no decorrer de sua existência, tornando-o mais humanizado e acolhedor, a estrutura física não se livrou por completo do espólio do pavilhão Mário Pinotti, adjudicando ainda ao serviço atributos comuns às instituições hospitalares como pátios e longos corredores.

Igualmente, o **funcionamento da equipe multidisciplinar e a organização do trabalho** trazem impactos no labor em Saúde Mental que transparecem de modo inelutável. Se apontar a relevância de

ambos pode ser considerado praticamente um truísmo, tal designação não dispensa a exploração das formas adotadas pelos mesmos nos serviços.

Hodiernamente, a assistência nos CAPS é regida por uma ampla variedade de afluentes que incluiu distintas práticas terapêuticas e múltiplos saberes/profissões da equipe técnica, molde de funcionamento prescrito oficialmente nas políticas públicas da Saúde Mental. Em última análise, o cuidado dispensado a cada usuário é modulado pela mistura das práticas e dos saberes com os quais o mesmo tem contato. Na organização do trabalho, o Bispo do Rosário assenta sua atuação nestas mesmas bases, ofertando, em sua paisagem assistencial, várias modalidades de assistência e tipos de profissionais.

A tendência em prol da pluralidade disciplinar espelhada na equipe técnica nos CAPS não queda-se enquistada diante de âmbitos maiores. Como examinado no capítulo dois, o trabalho na sociedade contemporânea direciona-se para a composição de equipes dessa natureza, como forma de substituir o modelo fordista e responder a complexidade dos atuais processos produtivos. No campo da Saúde Pública brasileira, esta diretriz interdisciplinar fortalece-se na década de 1970 e alcança a Saúde Mental firmemente amparada por uma visão gnosiológica/prática mais complexa e integral da loucura e também pelo questionamento da psiquiatria em seu papel de “metanarrativa” assistencial, iniciativa notoriamente empreendida pela Reforma Italiana.

Todavia, a exaltação da diversidade de práticas e saberes não deve obscurecer os vários desafios que se interpõem ao êxito desse convívio, sendo peremptória a observação de suas articulações no processo de organização do trabalho. Em primeira instância, coloca-se em cartaz que a mesma conjuntura contemporânea que instiga a formação de equipes multiprofissionais no mundo do trabalho, traz a reboque a preeminência de uma construção subjetiva fundada no individualismo, entrave lancinante para o estabelecimento de um ambiente de trabalho propenso à cooperação e à solidariedade.

Outro desafio endereça-se ao choque existente entre os diferentes projetos de assistência de cada profissão, cada qual com sua concepção de loucura, seus fundamentos epistemológicos, sua grade teórica/conceitual e seus instrumentos de intervenção. Destarte é capital a composição de nós de articulação entre os técnicos e seus processos de trabalho que facultem a criação de espaços

institucionais de interlocução, além de ser forçosa a valorização de outras profissões que não a psiquiatria, que continua hegemônica no campo.

Arrola-se ainda como enfrentamento a autonomia profissional característica das organizações de Saúde e que envolve o trabalho em uma tendência individualizante. Por fim, ressalta-se como mais um desafio a constituição de equipes capacitadas e qualificadas tecnicamente, necessidade esta que surge como um ponto crítico no SUS, quer por sua dificuldade de atrair/reter os melhores técnicos, quer por seu insuficiente investimento em desenvolvimento profissional.

Confronte esses obstáculos, algumas saídas são ensaiadas. No sulco aberto pela Reforma Psiquiátrica, o discurso que irradia a defesa da interdisciplinaridade enseja a edificação de espaços de atuação compartilhados entre os saberes, franjas assistenciais aptas a imbricar os profissionais em uma zona comunal de trabalho e a caucionar um novo paradigma assistencial.

Especificamente no Bispo do Rosário, além da penetração desse discurso, é possível sublinhar a formatação dos grupos de referência, cuja composição inclui necessariamente técnicos de diferentes profissões. Estes espelham o esforço de romper os anéis que isolam as disciplinas, ampliando a referência dos usuários para além do psiquiatra, a despeito do poderio simbólico e prático que ainda vigora na atuação deste profissional. Em acréscimo, frisa-se o potencial das “micro-reuniões” informais e da reunião de equipe como dispositivos que estabelecem linhas de comunicação e discussão entre os profissionais e as práticas assistenciais, agenciando fluxos de interação mais eficazes e profícuos.

A despeito da bagagem profissional de cada técnico, os espaços supraditos podem operar verdadeiramente como áreas que facilitam o compartilhamento do projeto assistencial e do imaginário de mudança, assim como podem auxiliar no processo de elaboração das incertezas e das exigências psíquicas que o trabalho produz.

Seguindo esta rota, encontram-se **os sentidos da assistência**<sup>145</sup>, atravessamento que se infiltra no trabalho em Saúde Mental por meio dos significados imputados ao exercício do cuidado e à interface técnico-usuário de determinado serviço, significados estes que, via de regra, estão vinculados a

---

<sup>145</sup> Este atravessamento engloba, *grosso modo*, o conteúdo tratado nas seções 6.6 e 6.7, que tratam dos sentidos que a assistência assume, seja em suas imagens mais genéricas ou naquelas representações mais focalizadas no encontro usuário-técnico.

elementos afetivos e imaginários. Inicialmente, vale atentar que os sentidos da assistência do CAPS tomam forma a partir das próprias veredas da história do serviço, sempre perpassadas por certa anfibia. A separação do HMJM e a oportunidade de concretizar uma nova forma de atenção aos usuários conviveram com a marca histórica e o imaginário social que recobre a antiga Colônia Juliano Moreira, mescla que, de acordo com o depoimento dos profissionais, não é desprezível para o modo de funcionamento do Bispo do Rosário.

Nesta tessitura mui própria, eis que o Bispo do Rosário desponta como um *locus* no qual o atrito entre o passado manicomial e o presente da Reforma Psiquiátrica irrompe de modo estridente. Patente na metáfora do *front*, o trabalho no CAPS vem envolvido pela luta contra o passado e o modelo manicomial, sentido que carrega consigo, além das dificuldades inerentes a um conflito, a responsabilidade pela conquista de novas fronteiras na assistência. Esta configuração penetra em todas as frestas do serviço, *maxime* na forma de antinomias representacionais entre o modelo manicomial e o modelo da Reforma Psiquiátrica. A expressão mais forte dessas antinomias brotou no núcleo de sentido *Regime/Local de tratamento*, opondo o par internação/hospital ao par atenção diária/serviços substitutivos.

A luta pela transformação da assistência e pelo afastamento de qualquer resquício manicomial decerto fez com que o CAPS Bispo do Rosário adquirisse, para seus profissionais, uma conotação que o qualificava como um serviço encerrado no espírito da Reforma Psiquiátrica. De fato, ao longo de toda a pesquisa de campo, a Reforma Psiquiátrica Brasileira reluziu como um projeto coletivo que penetrou no serviço, alicerçado em ideais que lhe conferiam excepcionalidade e engajavam os técnicos em seus preceitos, valores e crenças. A transformação da assistência, malgrado os conflitos inerentes à heterogeneidade da equipe multiprofissional e as condições pouco favoráveis do SUS, emergiu como imaginário motor, permeado de investimento libidinal e operando como pólo de identificação para os técnicos.

O imaginário da Reforma Psiquiátrica e os sentidos e significados com os quais ela fecunda a assistência sobressaem de modo especial quando comparados aos rumos dos projetos coletivos na Contemporaneidade. A mercê do desbotamento da ideologia e da política, da ascensão do

individualismo *uniqueness* e da derrocada dos grandes movimentos de transformação social, os projetos coletivos contemporâneos pelem para se sustentar e, afortunadamente, a Reforma Psiquiátrica vêm conseguindo avanços inegáveis na Saúde Mental.

No entanto, lança-se aqui a hipótese de que seu projeto tenha sido fustigado pela configuração societária atual, notadamente em sua capacidade de mobilização política e de promover uma transformação mais vigorosa na relação loucura-sociedade.<sup>146</sup> Estas dimensões realmente parecem empalidecidas como sugere a presença tímida das mesmas nas entrevistas e nas antinomias que representam as mudanças da Reforma Psiquiátrica diante do modelo manicomial. Essa constatação, antes de vaticinar um fatalismo do qual o projeto de Reforma não tem como escapar, deve ser propriamente entendida como um estímulo para mobilizar a criação de novas e criativas ações no contexto social.

De todo modo, no embalo da Reforma Psiquiátrica outros significados passaram a irrigar a relação técnico-usuário, gerando novos sentidos e mediando a assistência. Tais mudanças adquirem mais vigor quando se relembra como o trabalho em Saúde Mental radicaliza a face da arte no encontro do profissional de Saúde com o usuário. Insere-se nessa trilha o exame das éticas de interação com os usuários, no qual se espera que a penetração da Reforma Psiquiátrica faça sucumbir a ética da tutela e impulse uma ligação mais rica entre a ética da ação social e da interlocução, ambas basilares para evitar uma dissociação entre a política e a clínica no seio do cuidado.

Similarmente, o desenrolar da Reforma Psiquiátrica aponta para uma reflexão sobre as assimetrias (assistente/assistido, douto/ignorante e louco/são) e sobre a relação de poder no encontro usuário-técnico, assim como reformula os objetivos do cuidado e o papel dos técnicos na assistência, que apareceram, no material empírico, veiculados à diminuição do sofrimento e à possibilidade de gerar novas formas de existência para os usuários. Por outro lado, as representações acerca do usuário ainda centram-se fortemente na condição de vulnerabilidade e, por vezes, até mesmo de periculosidade, reproduzindo no serviço um imaginário entranhado na sociedade em geral.

---

<sup>146</sup> Tal afirmação não significa negar a contribuição de outros fatores, inclusive do próprio campo da Saúde Mental, para a constituição desse quadro.

A relação usuário-técnico, contudo, exibe em sua complexidade outras facetas. Nesta linha, é necessário expor como o baixo controle e a imprevisibilidade do espaço relacional fazem a assistência navegar em uma incerteza que banha toda cadeia de cuidado, gerando vastas confusões e atendimentos imperfeitos.<sup>147</sup> Tendo em vista este estado de incerteza, atenta-se para a constatação de que as intervenções em Saúde Mental mostram-se atadas a um rebaixamento de expectativas, sobretudo no que concerne à obtenção de resultados positivos.

Em franco diálogo e interação com os demais aspectos trabalhados acima, o **vínculo subjetivo** que o profissional estabelece com a instituição e com seu trabalho surge igualmente como um atravessamento no trabalho em Saúde Mental, não apenas porque a tonalidade dessa relação tem implicações para a assistência prestada e para o comprometimento dos profissionais com o trabalho, mas também porque dela depende, em grande parte, a permanência dos profissionais nos serviços. De fato, elevados níveis de rotatividade, detectados no passado do Bispo do Rosário e no campo da Saúde Mental em geral, são potencialmente danosos aos usuários por interromper os vínculos terapêuticos e, em alguns casos, desestruturar certa direção de trabalho.

Contextualizando esta discussão sobre o vínculo subjetivo para os macrocenários utilizados nessa pesquisa, outros elementos devem ser considerados. No que toca à situação da Saúde Pública no Brasil, as políticas de recursos humanos do SUS delineiam um quadro de baixos salários e poucas possibilidades de reconhecimento e ascensão profissional, enevoando as perspectivas de carreira dos trabalhadores e trazendo-lhes insatisfação. Em uma esfera mais ampliada, as características da Contemporaneidade propiciam a criação de vínculos mais efêmeros entre os trabalhadores e seus empregos, seja do ponto de vista formal ou subjetivo. Essas condições parecem figurar como pano de fundo para os elementos próprios à realidade da Saúde Mental e de cada serviço na composição do vínculo subjetivo dos técnicos com suas instituições.

Tal como estudado nesta dissertação, o vínculo subjetivo foi concebido a partir das dimensões imaginária e afetiva, contudo, sem negligenciar a influência do vínculo formal com a instituição, dado

---

<sup>147</sup> Expressão tomada por empréstimo de Figueiredo (1997).

que a condição de funcionário público ou contratado parece refletir na ligação subjetiva formada entre os técnicos e o serviço, peculiarmente no que se refere à segurança sentida pelos funcionários públicos.

A oscilação entre o prazer e o sofrimento nas práticas profissionais retrata as vivências afetivas experimentadas pelos técnicos perante o conjunto de atravessamentos do trabalho em Saúde Mental. No Bispo do Rosário, a valoração positiva denotada pela inserção do cuidado nos ideais da Reforma Psiquiátrica, a gratificação sentida mesmo nos pequenos avanços na relação terapêutica e o caráter *nobre* do trabalho são fontes de prazer para os profissionais.

Estes estão contrapostos às adversidades no suporte material, à gravidade clínica e social dos casos, à sobrecarga emocional na assistência e à incerteza/impotência nos resultados que, entre outros fatores, confluem muitas vezes para uma experiência de sofrimento no trabalho. A escassa valorização do trabalho em Saúde Mental junto à sociedade não pode ser esquecida, visto que reduz as possibilidades de reconhecimento social, afetando as experiências de gratificação. É imprescindível pensar os desdobramentos desta configuração para o narcisismo dos técnicos, ainda mais quando se acata à perspectiva de que o reconhecimento e a experiência de potência profissional são inestimáveis para a criação e a manutenção dos elos entre os técnicos e seu trabalho.

Derivando das formas assumidas pelo vínculo subjetivo com o trabalho, a pesquisa de campo sugere que a rotatividade nos serviços de Saúde Mental sofre influências do vínculo formal de trabalho e dos aspectos simbólicos e imaginários citados acima; além disso, os profissionais, ao sair de um determinado serviço, geralmente buscam inserções na própria rede assistencial, objetivando melhores condições e relações de trabalho.

Findo o panorama acerca dos atravessamentos do trabalho em Saúde Mental, é possível discorrer sobre o modo como estes se combinam nas práticas corriqueiras de um serviço de assistência à loucura. Partindo-se da premissa que esses atravessamentos portam elementos simbólicos, imaginários e organizacionais encarnados na realidade dos serviços, concebe-se cada ato assistencial como uma condensação momentânea desses vários atravessamentos reciprocamente afetados, uma síntese desenhada na confluência recôndita destes fatores. Esta condensação, entretanto, não assume uma forma perene e imutável, como uma estrutura na qual as ações estariam destinadas irrevogavelmente a se

encaixar; ao contrário, a mesma traduz-se em uma mescla complexa dos atravessamentos, costurada *pari passu* às particularidades emergentes na própria atuação do profissional ou do grupo de profissionais.

*Ex positis*, o ato assistencial, seja ele a realização de uma oficina, o atendimento aos familiares, uma visita domiciliar ou o acolhimento de um usuário em crise, desvela, antes de tudo, um arranjo, feito e refeito incessantemente no contato com cada demanda que o serviço apresenta. Defronte essas demandas, suas circunstâncias e sua premência por respostas, tal arranjo irrompe como a composição possível, nunca perfeita, entre as formas assumidas pelos atravessamentos arrolados acima, de modo que é essa composição que confere ao ato assistencial sua feição.

Em outras palavras, propõe-se que cada ação do labor em Saúde Mental, não obstante sua banalidade ou excentricidade, seja compreendida, no átimo de sua realização, tal como uma síntese da interação entre os atravessamentos, por seu turno, sempre costurados a macrocenários que os englobam e que oferecem limites e possibilidades, conforme indicado anteriormente. A partir desse entendimento, as escolhas de cada profissional ou grupo de profissionais, concretizadas em um ato assistencial, surgem mediadas por um arranjo que condensa, no mesmo instante, esses atravessamentos. Exemplificando a mediação de alguns desses atravessamentos, pode-se asseverar que a forma de execução de uma oficina terapêutica está condicionada, ao mesmo tempo, por elementos simbólicos, imaginários e organizacionais advindos do suporte material disponível para aquela atividade, da dinâmica relacional dos profissionais responsáveis e dos sentidos que circulam no espaço intersubjetivo e institucional de sua realização.

A partir desta proposta de entendimento da dinâmica do trabalho em Saúde Mental, parece legítimo ceder mais algumas linhas ao aprofundamento do atravessamento **sentidos da assistência**, bem como dos elementos imaginários e afetivos a estes vinculados, especialmente nos matizes que o caracterizam na implementação do modelo assistencial da Reforma Psiquiátrica. Tal esforço justifica-se tanto em função de sua relevância para a reformulação da assistência quanto porque este figura como um aspecto menos trabalhado pela literatura da área.

Nesta direção, inicialmente convém repisar a amplitude que acompanha o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, movimento que vai além da criação de modelos tecno-assistenciais, abarcando também os planos teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-político e sócio-cultural (AMARANTE, 1997). O CAPS Bispo do Rosário, até por ser um serviço criado e conduzido na brasa da Reforma Psiquiátrica, surge como metonímia destas mudanças do paradigma assistencial, condição que ficou patente ao longo da pesquisa de campo.

Se abarca todos esses planos, este movimento de transformação comporta analogamente alterações nos planos simbólico e imaginário, nos quais são tecidas novas representações, imagens e valores para o cuidado e modificada a dinâmica inconsciente das equipes. Por essa razão, é válido o esforço de tracejar algumas nuances desse processo na subjetividade dos técnicos e seu corolário para a execução do trabalho. De fato, o estudo da transição entre o atendimento pautado por uma lógica manicomial e as propostas recentes da Reforma Psiquiatria enriquece-se na observância de que na reformulação das políticas públicas de Saúde Mental e na criação de novos serviços assistenciais imiscuem-se os planos simbólico e imaginário.

De qualquer forma, seja no Bispo do Rosário ou em outros dispositivos alinhados com a Reforma Psiquiátrica, o intento de superar o modelo manicomial e o tratamento moral afasta os profissionais de seus fatores constituintes. Dentre esses, ressalta-se o isolamento social, a internação hospitalar em instituições totais, a reforma moral do louco, a ética da tutela, o padrão disciplinar e o absolutismo do poder médico na condução dos casos, que objetivavam a restauração, no seio do psiquismo do enfermo, de uma ordem social perdida nas raias do delírio.

Essa superação, contudo, só poderia escorar-se na elaboração de alternativas a esse modelo, iniciativa que no Brasil facultou a criação dos CAPS, os trabalhos de reinserção social do louco, a implantação de equipes multidisciplinares e o estabelecimento de relações terapêuticas desvinculadas do padrão disciplinar e, portanto, orientadas pela valorização da subjetividade do louco e pelo resgate de sua cidadania. Visceralmente atreladas a essas transformações, um novo imaginário acerca da loucura e do próprio cuidado impõe-se paulatinamente, engendrando outros sentidos para a assistência e elaborando formas de interação entre técnicos e usuário distintas da ética da tutela.

É possível explorar alguns desses novos sentidos, inclusive fazendo a Reforma Psiquiátrica dialogar com o contexto maior que lhe envolve. Um primeiro ponto a ser abordado trata da radical contestação das instituições sociais na Contemporaneidade, processo que ressoou na Psiquiatria e que promoveu uma densa reflexão sobre o funcionamento dos serviços de atendimento a loucura; estes gradualmente começaram a se abrir para a sociedade e a adotar procedimentos diferentes do modelo manicomial, tanto nas Reformas Psiquiátricas internacionais quanto na Reforma Brasileira. No Brasil, os serviços de atenção diária extra-hospitalar ganham força, de forma que o confinamento e o isolamento social perdem seu viço enquanto premissas de tratamento. Esta passagem se liga a um novo sentido dado à assistência, no qual as gastas imagens da periculosidade e inaptidão social coladas à loucura arrefecem nos serviços de Saúde Mental, ainda que não tenham desaparecido.

Se o regime assistencial sofreu mudanças, os profissionais requeridos para assistir aos usuários também. Em meio às rupturas epistemológicas e à valorização da complexidade relativas à Contemporaneidade, outros tipos de profissionais foram convocados a atuar no campo da Saúde Mental, ferindo a exclusividade médica e assegurando a presença de equipes multiprofissionais. É pertinente aquilatar o peso dessa mudança com justiça, visto não se tratar simplesmente da entrada de novos profissionais, mas sim, de construir outro significado para o cuidado, concebido doravante como mais complexo e multifacetado.

As nuances da relação técnico-usuário igualmente sofrem íntimas alterações. Esta, antes caracterizada eminentemente por exortações morais, maus tratos e pelo regime disciplinar, hoje, mesmo que a dimensão moral subsista, tem no acolhimento uma palavra de ordem e no respeito à alteridade da loucura um direcionamento. O exame do papel e da atuação dos técnicos ancorou inúmeros debates, dos quais derivaram tanto uma re-elaboração das assimetrias da relação técnico-usuário quanto uma reflexão sobre o dualismo saber/poder dos técnicos, especialmente no que tange ao seu potencial uso como instrumento de assujeitamento dos usuários.

Quando se contemplam os objetivos da assistência, a proposta de reforma moral da loucura e o afã de cura fraquejam perante o discurso e a prática da Reforma Psiquiátrica. No vácuo aberto por esse deslocamento de fins, uma constelação de propósitos entra em cartaz, tais como a produção da

cidadania e da inserção social do louco, a suavização do sofrimento, a construção de novas formas de existência, a humanização do cuidado, alguns destes capturados pela pesquisa de campo. Estes propósitos, além de compor esse novo imaginário que busca se firmar na assistência, passeiam, em sua multiplicidade, pelas diversas profissões, linhas de pensamento e aportes teóricos que atualmente conjugam-se no campo da Saúde Mental.

Ainda que estes objetivos filiados à Reforma Psiquiátrica tenham pontos de fixação em diferentes concepções, os contrastes entre eles, de fato, não formam zonas de auto-exclusão. No entanto, apenas a título de observação, cumpre pontuar que muitas dessas finalidades padecem em sua própria imprecisão. Portanto, faz-se necessário sinalizar que, se estes horizontes forem tomados tão-somente na superfície plácida da vagueza, prestar-se-ão antes a prestidigitações semânticas e rodeios inócuos do que propriamente a orientar as ações dos técnicos.

Enfim, ao arrolar esses avanços da Reforma Psiquiátrica nesse resumido e limitado excursão, o intuito era salientar que a tentativa de desconstrução do aparato manicomial passa necessariamente por afrontar os antigos locais e os regimes de tratamento, mas passa igualmente por ressignificar o conjunto de valores, representações e imagens que alicerçam e sustentam o papel dos técnicos, os objetivos da assistência e a relação técnico-usuário.

Inversamente, se é inegável o avanço referido acima, disto não decorre o desterro absoluto dos padrões manicomiais, nem de seu imaginário. No fundo, a transformação do modelo assistencial percorre um trajeto de piso inconstante e movediço, ainda em curso, e que não se limita a construção de novos espaços para a assistência ou a implantar um regime de atenção diária, mas endereça-se a hercúlea tarefa de erigir uma nova relação com a loucura e de edificar outras bases para o cuidado na subjetividade dos técnicos.<sup>148</sup>

Dentro dessa perspectiva de um processo de transformação ainda em andamento, um dos pontos geralmente preteridos nesta análise, mas que não deveria passar intacto, denota que a atuação dos

---

<sup>148</sup> De toda a forma, se as transformações apoderam-se pouco a pouco da rede de Saúde Mental, não é lícito inferir de tal asserção que este processo de mudança desembocará em um previsível e inexorável fim, dado que, como expresso no capítulo dois, existem movimentos contrários ao seguimento do projeto da Reforma Psiquiátrica que podem subverter, caso acumulem força suficiente, o desdobramento desses processos de mudança.

técnicos não se pauta exclusivamente no ideário da Reforma Psiquiátrica. Dessa forma, os técnicos sofrem semelhantemente influência dos sentidos atribuídos ao louco na sociedade em geral e na sua formação acadêmica, esferas que inequivocamente tem uma transmutação de valores, imagens e crenças mais lentificada, portanto, ainda sob jugo do acúmulo de décadas de assistência e pensamento manicomial. As idéias de periculosidade, incapacidade, exclusão, intratabilidade, bizarrice antes de dirimidas, persistem com força fora das fileiras da Reforma Psiquiátrica, respaldando uma ética de tutela que margeia a todo momento a ação dos profissionais. Estes, mesmo insurgentes perante esse quadro maior, não se afastam tão facilmente do efeito coercitivo que o conjunto social exerce.

Em continuidade com o exposto, a literatura detectou na subjetividade dos técnicos certa dificuldade em suplantar plenamente alguns padrões manicomiais, ainda que os avanços obtidos nos serviços de Saúde até agora sejam notáveis. Ao falar sobre os trabalhadores da Saúde Mental, Bezerra Júnior afirma que o processo de transformação contínuo da Reforma implica:

não apenas o entendimento e a colocação em prática das políticas e modelos propostos, como também a possibilidade de auto-reflexão, de reavaliação constante do impacto que o trabalho cotidiano nas atividades assistenciais exerce sobre a própria subjetividade – única forma de combater os insidiosos "manicômios mentais", muito mais resistentes à mudança justamente por não serem objetivos, e sim enraizados em padrões cognitivos e pautas afetivas profundamente internalizadas. (BEZERRA JÚNIOR, 2007).

Debruçar-se sobre os porquês da persistência dos “manicômios mentais” é tarefa da qual não se pode declinar. Sob este prisma, cabe atentar para o impacto das transformações assistenciais na relação subjetiva dos profissionais com seu trabalho, como o fazem Koda e Fernandes, ao comentar a dimensão psíquica da saída do modelo manicomial:

O abandono de antigos códigos norteadores das práticas envolve a transformação dos laços de significação vigentes. Ainda que os códigos anteriores sejam inadequados, eles asseguravam um modelo de condutas e representações comuns no que tange ao lugar do técnico, à relação profissional/paciente, à concepção da doença. A transformação desse modo de regulação provoca um momento de fragilidade que é vivida como uma ameaça contra o próprio sujeito e seu grupo de pertencimento. Vemos aí uma perda de estabilidade psicológica e social. (KODA ; FERNANDES, p.1459-1460, 2007)

O desmoronamento dos indesejáveis sustentáculos de uma atuação manicomial pode derrubar consigo a sensação de segurança advinda de uma linha de ação terapêutica mais sedimentada e que exige menos criticidade na atuação dos profissionais. Assim, o reposicionamento subjetivo demandado pela substituição desse antigo modo de regulação afeta os técnicos a partir de uma vivência de fragilidade, decorrente de um processo de desencaixe dos sujeitos de certa grade de atuação.

Nessa linha, poder-se-ia aventar que, na comparação com as mudanças nas políticas e nos regimes de tratamento, a cadência mais lenta encontrada na transformação do imaginário e na subjetividade dos profissionais sobrevém, em boa parte, de uma defesa diante dessa fragilidade sentida, visto que a perda de estabilidade ocasionada por um desaparecimento *ex abrupto* daqueles modelos de ação suscitaria um risco profundo à dinâmica psicossocial dos técnicos e da equipe. Eis, provavelmente, um dos motivos que explica a cisão entre a vanguarda do discurso e o conservadorismo de algumas práticas.

No estudo de campo, as falas de alguns profissionais desvelaram a preocupação dos mesmos com situações/práticas que remetem a uma imagem manicomial, como, por exemplo, na relação dos usuários com a comida fornecida pelo serviço. Sem negar ou esquecer as grandes vitórias da Reforma Psiquiátrica Brasileira, deve-se, ao menos, considerar a subsistência de alguns traços do antigo modelo, não apenas como um contraponto histórico, mas como manifestações que se esgueiram sutilmente no cuidado.<sup>149</sup> Deste modo, o combate às sombras manicomiais, indicado nos resultados da pesquisa de campo, não pode, em absoluto, ser descartado da compreensão da dinâmica do trabalho em Saúde Mental. Somente admitindo essa possibilidade e colocando invariavelmente em suspeição o caráter de suas próprias ações terapêuticas, os técnicos logram interiorizar uma reflexão crítica sobre a própria atuação.

Benéfica para a qualidade da assistência, esta posição de questionamento contínuo, em seu verso, engendra nos profissionais o desgaste de revisar indefinidamente seus próprios atos. Destarte, na condução da assistência, os profissionais alinhados com o movimento de Reforma Psiquiátrica

---

<sup>149</sup> De toda forma, quando se pondera sobre a presença de sombras manicomiais na assistência, refere-se a um conflito que não está entrincheirado apenas no embate entre a psiquiatria mais tradicional e os setores progressistas da Reforma Psiquiátrica ou mesmo no choque entre linhas de pensamento distintas. Essa dualidade habita também o âmbito intrapsíquico dos técnicos, provavelmente mesmo naqueles inteiramente engajados na Reforma Psiquiátrica, na medida em que essa metamorfose é um processo intrincado e lento em termos subjetivos, implicando ameaças e exigências psíquicas.

equilibram-se na borda de um desfiladeiro, mesmo que esta situação-limítrofe muitas vezes esteja afastada da consciência: de um lado, a manutenção de tradicionais padrões manicomiais de relação intersubjetiva com os usuários, padrões estes que garantem proteção contra a instabilidade e que se coadunam com valores socialmente aceitos. De outro, a aventura de despojar desses códigos e lançar-se no abismo de construir, mesmo perante certa vivência de fragilidade e incerteza, novas possibilidades terapêuticas.

A dificuldade em apreender e vivenciar esse processo de transmutação nos sentidos, ele próprio impulsionado pela construção simbólica e imaginária que grassam pela Reforma Psiquiátrica, fazem deste atravessamento do trabalho em Saúde Mental muitas vezes um ponto cego diante dos demais atravessamentos. Na perspectiva aqui adotada, uma forma de elucidar sua atuação passa por compreender o atravessamento **sentidos da assistência** mediante dois conjuntos de influências.

O primeiro, frisado nos últimos parágrafos, é composto na dialética que contrasta certo apego aos códigos antigos - mais estáveis e seguros - ao empuxo que alavanca, na subjetividade dos profissionais, uma série de novas representações sobre o louco, a assistência e o papel do técnico. O segundo, por sua vez, atesta que mesmo nestas representações emergentes existe outro jogo de forças. Este reside no encontro das distintas linhas de pensamento nos serviços que, ligadas ou não aos vários tipos de profissionais, comprimem no espaço intersubjetivo diversas concepções de loucura e assistência, cada qual, dentro da construção do novo e complexo modelo, buscando a hegemonia no campo da Saúde Mental.

É nesse sentido valioso compreender o trabalho em Saúde Mental realmente como uma *dinâmica*, não apenas por ser a foz da influência de diversos atravessamentos, mas também porque os sentidos da assistência, tanto no plano individual como coletivo, vem soldados a esses dois conjuntos que compõem um jogo imaginário de forças: um no eixo diacrônico, opondo os antigos códigos manicomiais às novas construções da Reforma Psiquiatria; outro no eixo sincrônico, contrapondo as linhas de pensamento e instalando pontos de tensão por toda a superfície da *praxis* em Saúde Mental.

Dito isto, ao se aproximar do término desta dissertação, o retorno a suas questões motivadoras, mais do que possibilitar uma visão do ponto de partida, permite retomar seu incitamento inicial, aquele

que, no fundo, serviu de base para a formulação do problema e dos objetivos da pesquisa. Como afirmado na Introdução, meu primeiro contato com loucura e com o trabalho em Saúde Mental originou as questões que motivaram esta pesquisa, questões estas cujas raízes despontam envolvidas nos dilemas e desafios da Reforma Psiquiátrica e que, desde seu surgimento, vem sendo cobertas por camadas de conceitos, teorias, observações de campo e relatos. Naquela experiência profissional, ainda na condição de estagiário, a estranheza e o encanto fundiram-se na mesma liga de interrogações acerca da natureza do trabalho em Saúde Mental e de suas peculiaridades, dando vazão a dúvidas tão incisivas no conteúdo quanto inspiradoras em seus desdobramentos.

Entrementes, a atuação da equipe vinha recidivamente bombardeada por dúvidas, tais como: internar ou não internar? Medicalizar ou não medicalizar? Como proceder com usuários em crise? O dissenso na equipe profissional sobre estes tópicos era um ingrediente a mais para a sensação de aflição, assim como um apelo adicional para meu interesse. No surgimento destes dilemas, e no trançado jogo de opções que os acompanhava, foi nutrida a motivação para estudar o que atravessava os atos assistenciais, focalizando, em especial, as construções simbólicas e imaginárias dos técnicos acerca da loucura e de seu próprio papel no encontro com o usuário.

A valorização da natureza *atravessada* do ato assistencial e o vislumbre dos dois conjuntos de influências que cortam os **sentidos da assistência** tocam com propriedade aquelas primeiras interrogações acerca dos dilemas e dos impasses relacionadas ao campo da Saúde Mental. Precisamente por estar no cruzamento de tantos atravessamentos e conflitos quanto aos seus sentidos, o ato assistencial em Saúde Mental, em muitas ocasiões, é impelido a um momento de reflexão antes de sua realização.

Antes de uma mera hesitação, este instante de dúvida deve ser positivado no que se refere aos **sentidos da assistência**. Sua presença pode ser lida como um indício de que os profissionais não estão recorrendo a linhas de ação limitadas, cômodas e “seguras” - que tanto prejudicaram os usuários no modelo manicomial -, e que os mesmos estão, no cotejamento de díspares influências e na presença de reflexão crítica, arriscando-se na construção de um cuidado complexo e infindavelmente re-elaborado.

Por derradeiro, convém tão-somente redigir mais duas ou três palavras sobre as limitações dessa pesquisa. É mister pontuar que o delineamento de análise proposto no conteúdo desta dissertação - tanto em suas escolhas teóricas e metodológicas quanto no direcionamento do estudo de campo - não comporta em sua órbita, em absoluto, o sem-número de influências e condicionantes que permeiam o trabalho em Saúde Mental. No limite, a ambição de esgotar o fenômeno, antes de ser uma ação irrealizável pela análise em pauta, configura-se como uma impossibilidade no solo epistemológico no qual se erige essa pesquisa.

Em acréscimo, a concepção do trabalho em Saúde Mental expressa nestas linhas é indissociável da pesquisa de campo levada a cabo e esta, em sua condução, teve um tempo limitado de observação, além de não incluir todos os atores envolvidos na assistência, como no caso dos usuários, que não foram entrevistados por opção metodológica. Também em função do desenho metodológico deste estudo, cumpre ressaltar que a pesquisa de campo abrangeu um CAPS, não sendo possível comparar a conjuntura específica desse serviço com outros similares. Desta feita, as singularidades referentes à assistência do Bispo do Rosário não pode ser transposta para outros CAPS, muito menos generalizada para a totalidade dos serviços de Saúde Mental.

De outra parte, espera-se que a grade teórica construída a partir da postulação de tais atravessamentos do trabalho e da relação destes com os limites e as possibilidades dos macrocenários aqui valorizados contribua para pesquisas futuras. Mesmo tendo a ciência de que este delineamento não contempla *in totum* a riqueza do fenômeno, o intuito é fornecer aos pesquisadores da área da Saúde Mental alguns eixos de análise para pensar o trabalho na assistência à loucura, fomentando o desenvolvimento do conhecimento acerca do tema.

## 8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Patty Fidelis de. *Avaliação de serviços em saúde mental: o desafio da produção de indicadores para a atenção psicossocial*. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Rio de Janeiro, 2002.
- ALVES, Domingos Sálvio. Integralidade nas políticas de Saúde Mental. In: PINHEIRO, Roseni ; MATTOS, Rubens Araújo. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2001.
- ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith ; GEWANDSZNAJDER, Fernando. *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. São Paulo: Editora Pioneira, 1998.
- AMARANTE, Paulo. *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.
- \_\_\_\_\_ . *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996.
- \_\_\_\_\_ . Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: FLEURY, Sônia. *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- ANAYA, Felisa Cançado. *Problematização do conceito de serviços substitutivo em saúde mental: a contribuição do CERSAM de Belo Horizonte-MG*. Dissertação de mestrado à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Rio de Janeiro, 2004.
- ANDERY, Maria Amália. *Para compreender a ciência*. São Paulo: EDUC, 1988.
- ANTUNES, Ricardo. *Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. São Paulo: Cortez, 1999.
- APPOLINÁRIO, Fábio. *Metodologia de ciência: filosofia e prática de pesquisa*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2006.
- AROUCA, Antonio Sérgio da Silva. Medicina Preventiva e sociedade. In: AROUCA, Antônio Sérgio da Silva *et al.* *O Dilema Preventivista: Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. Rio de Janeiro: UNESP/Fiocruz, 2003.
- AZEVEDO, Creuza da Silva. Liderança e processos intersubjetivos em organizações públicas de saúde. *Ciênc. & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.7, n°2, p.349-361, 2002.
- \_\_\_\_\_ . *Sob o domínio da urgência: o trabalho de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro*. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP/USP). São Paulo, 2005.

- AZEVEDO, Creuza da Silva ; BRAGA NETO, Francisco Campos ; SÁ, Marilene Castilho. O Indivíduo e a Mudança nas Organizações Públicas de Saúde: contribuições da Psicossociologia. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n°1, p. 235-247, 2002.
- AZEVEDO, Creuza da Silva ; FERNANDES, Maria Inês Assumpção ; CARRETEIRO, Teresa Cristina. Sob o domínio da urgência: a prática de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n°10, p.2410-2420, 2007.
- BARBOSA, Wilmar. Prefácio. In: LYOTARD, Jean-François. *A condição pós-moderna*. Rio de Janeiro: José Olympio, 2004.
- BARRETO, Jubel. *O umbigo da reforma psiquiátrica*. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2005.
- BARROS, Denise Dias. *Jardins de Abel - desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: Lemos/EDUSP, 1994.
- BASAGLIA, Franco. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BARUS-MICHEL, Jacqueline. A implicação como acesso à análise. In: BARUS-MICHEL, Jacqueline. *O sujeito social*. Belo Horizonte: Editora PUC-Minas, 2004.
- BAUDRILLARD, Jean. *A sociedade de consumo*. Rio de Janeiro: Elfes, 1995.
- BAUMAN, Zygmunt. *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- \_\_\_\_\_ . *Globalização: as conseqüências humanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.
- \_\_\_\_\_ . *Em busca da política*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.
- \_\_\_\_\_ . *Modernidade Líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- BECK, Ulrich. Viver a própria vida em um mundo em fuga: individualização, globalização e política. In: HUTTON, Will ; GIDDENS, Anthony. (Orgs) *No limite da racionalidade*. Rio de Janeiro: Ed. Record, 2004.
- BERTAUX, Daniel. *Les récits de vie*. Paris: Éditions Nathan, 1997.
- BEST, Steven ; KELLNER, Douglas. *Postmodern theory: critical interrogations*. New York: The Guilford Press, 1991.
- BEZERRA JÚNIOR, Benílton. Subjetividade moderna e o campo da psicanálise. In: BIRMAN, Joel. *Freud: 50 anos depois*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1989.
- \_\_\_\_\_ . Cidadania e loucura: um paradoxo? In: BEZERRA JÚNIOR, Benílton ; AMARANTE, Paulo. (Orgs.) *Psiquiatria sem hospício*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.
- \_\_\_\_\_ . De médico, de louco e todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil dos anos 80. In: GUIMARÃES, Ricardo Antonio Wanderley ; TAVARES, Reinaldo (Orgs). *Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

- \_\_\_\_\_ . A diversidade no campo psiquiátrico: pluralidade ou fragmentação. *CADERNOS IPUB*, n° 14, Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 1999a.
- \_\_\_\_\_ . Seremos Sujeitos amanhã? *Cadernos de psicanálise*, ano XXI, n° 13, Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro, 1999b.
- \_\_\_\_\_ . Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n° 2, p. 243-250, 2007.
- BIRMAN, Joel ; COSTA, Jurandir Freire. Organização de instituições para uma Psiquiatria Comunitária. In: AMARANTE, Paulo. (Org). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.
- BIRMAN, Joel. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- \_\_\_\_\_ . Cidadania tresloucada. In: BEZERRA JÚNIOR, Benílton ; AMARANTE, Paulo. *Psiquiatria sem hospício*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.
- \_\_\_\_\_ . *Mal-estar na Atualidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.
- \_\_\_\_\_ . Loucura, Singularidade, Subjetividade. In: Conselho Federal de Psicologia. In: Conselho Federal de Psicologia. *Loucura, Ética e Política: Escritos Militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo/Conselho Federal de Psicologia, 2003.
- \_\_\_\_\_ . *Arquivos do mal estar e da resistência*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.
- BORGES, Camila Furlanetti. *Políticas de Saúde Mental e sua inserção no SUS: a discussão de convergências e divergências e resgate de alguns conceitos e valores pertinentes à Reforma Psiquiátrica*. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes para a área de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 1980.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria n° 224/1992*. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.
- BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n° 196 - Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *III Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Legislação em Saúde Mental 1990-2002*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria n° 336/2002*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

- BURROWES, Patrícia. *O Universo Segundo Arthur Bispo do Rosário*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.
- CALHOUN, Craig. *Dictionary of the social sciences*. New York: Oxford University Press, 2002.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes e saúde. In: MERHY, Emerson Elias ; ONOCKO CAMPOS, Rosana. (Org). *Agir em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- \_\_\_\_\_ . *Saúde Paidéia*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2003.
- CARDOSO, Cassandra ; SEMINOTTI, Nédio. O grupo terapêutico no CAPS. *Ciênc. & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n°3, p. 775-783, jul./set., 2006.
- CARRETEIRO, Teresa Cristina. Sofrimentos Sociais em Debate. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 14, n°3, p. 57-72, 2003.
- CARVALHO, Alexandre Magno Teixeira. Trabalho e higiene mental: processo de produção discursiva do campo no Brasil. *Hist. Cienc. e Saúde – Manguinhos*, v.6, n°1, p.133-56, mar./jun., 1999.
- CARVALHO, Alexandre Magno Teixeira ; AMARANTE, Paulo. Forças, Diferença e Loucura: pensando para além do princípio da clínica. In: AMARANTE, Paulo. (Org.) *Ensaio: subjetividade, Saúde Mental e sociedade*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000.
- CARVALHO, Maria Cecília. Os desafios da desinstitucionalização. In: FIGUEIREDO, Ana Cristina ; CAVALCANTI, Maria Tavares. (Orgs.) *A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização*. Rio de Janeiro: Cuca, 2001.
- CARVALHO, Jorge Luís Cunha. Triagem - Irajá: Descrição de um trajeto. *Cadernos do IPUB*, n° 17, Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 2000.
- CARVALHO, Miriam de. Ambiente construído e comportamento espacial na instituição psiquiátrica: questões éticas em observação participante. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v.25, n° 58, p.48-56, 2001.
- CASTEL, Robert. *A ordem psiquiátrica: A idade de ouro no alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- \_\_\_\_\_ . Metamorfoses do trabalho. In: FIORI, José Luiz ; LOURENÇO, Marta Skinner de ; NORONHA, José Carvalho de (Orgs.) *Globalização: o fato e o mito*. Rio de Janeiro: Ed.UERJ, 1998.
- \_\_\_\_\_ . *As metamorfoses da questão social*. Petrópolis: Vozes, 2005.
- CASTORIADIS, Cornelius. *A instituição imaginária da sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.
- CAVALCANTI, Maria Tavares. A psiquiatria e o social: Elementos para uma discussão. *CADERNOS IPUB*, n° 03, Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 1999.

- CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. *Inventando a mudança em saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1994.
- \_\_\_\_\_ . Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. *Ciênc. & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.4, n°2, p.315-29, 1999.
- CHARLES, Sébastien. O individualismo paradoxal: introdução ao pensamento de Gilles Lipovetsky. In: LIPOVETSKY, Gilles. *Os tempos hipermodernos*. São Paulo: Barcarola, 2004.
- COOPER, David. Vila 21: uma experiência em antipsiquiatria? In: COOPER, David. *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. São Paulo: Perspectiva, 1973.
- \_\_\_\_\_. *Gramática da Vida*. Lisboa: Editorial Presença, 1974.
- COSTA, Jurandir Freire. *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Ed. Campinas, 1980.
- \_\_\_\_\_. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1989.
- \_\_\_\_\_. As éticas da Psiquiatria. In: FIGUEIREDO, Ana Cristina. ; SILVA FILHO, João Ferreira. (Orgs.) *Ética e Saúde Mental*. Rio de Janeiro: TopBooks, 1996.
- \_\_\_\_\_. A Ética Democrática e seus Inimigos. In: ROITMAN, Ari (Org.) *O Desafio Ético*. Rio de Janeiro: Ed. Garamond, 2000.
- COSTA, Jurandir Freire *et al.* Algumas reflexões sobre um projeto alternativo em psicoterapia. *Cad. de Psiquiatria Social*, Rio de Janeiro, v.3, n° 2, p.11-14, 1985.
- COSTA, Artur ; MIZOGUCHI, Danichi ; FONSECA, Tânia. (Des)Reterritorializando o espaço-tempo da loucura: uma genealogia espacial. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v.25, n° 4, p.536-545, dez., 2005.
- COSTA, Nilson Rosário. Política social e ajuste macroeconômico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n.18 (Suplemento), p.S13-S21, 2002.
- COSTA-ROSA, Abílio da. O Modo Psicossocial: Um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo. (Org.). *Ensaio de Loucura & Civilização*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000.
- COUTINHO, Luciana ; GARCIA, Cláudia. Os novos rumos do individualismo e o desamparo do sujeito contemporâneo. *Psiquê*, São Paulo, n. 13, p.125-140, jan./jun., 2004.
- DALGALARRONDO, Paulo. Psychiatric treatment in Brazil on the 19th century. *Rev. Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v.21, n. 2, abr-jun,1999.
- DEBORD, Guy. *A sociedade do espetáculo: comentários sobre a sociedade do espetáculo*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997

- DELGADO, Pedro Gabriel. *As Razões da Tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.
- \_\_\_\_\_ . Cidadania e Saúde Mental. *Cadernos CEPIA – Saber Médico, corpo e sociedade*, Rio de Janeiro, v. 4, p. 91-105, 1998.
- DELGADO, Pedro Gabriel ; VENÂNCIO, Ana Teresa. Morar no Asilo: perspectivas de análise da ‘comunidade interna’ da Colônia Juliano Moreira. *Cadernos do NUPSO*, Rio de Janeiro, v.2, n°3, p.4-13, 1989.
- DEJOURS, Christophe. A carga psíquica do trabalho. In: DEJOURS, Christophe ; ABDOUCHELI, Elisabeth ; JAYET, Christian. *Psicodinâmica do Trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994a.
- \_\_\_\_\_ . Addendum - Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, Selma ; SZNELWAR, Laerte Idal. (Orgs.) *Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz ; Brasília : Paralelo 15, 2004.
- DEJOURS, Christophe ; ABDOUCHELI, Elisabeth. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: DEJOURS, Christophe ; ABDOUCHELI, Elisabeth ; JAYET, Christian. *Psicodinâmica do Trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994b.
- DESVIAT, Manuel. *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz,1999.
- DENCKER, Ada Freitas ; VIÁ, Sarah. *Pesquisa empírica em ciências humanas*. São Paulo: Ed. Futura, 2002.
- DINIZ, Eli. Globalização, Reforma do Estado e teoria democrática contemporânea. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, n.15, v.4, p.13-22, oct./dez., 2001.
- DONNANGELO, Maria Cecília. *Medicina e Sociedade*. São Paulo: Pioneira, 1975.
- DOMINGUES, José Maurício. *Sociologia e modernidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.
- DUFOUR, Dany-Robert. *A arte de reduzir cabeças*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2005.
- DUMONT, Louis. *O individualismo: Uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.
- ENRIQUEZ, Eugène. O papel do sujeito humano na dinâmica social. In: LÉVY, André. *et al. Psicossociologia: Análise social e intervenção*. Petrópolis: Vozes, 1994a.
- \_\_\_\_\_ . O vínculo grupal. In: LÉVY, André. *et al. Psicossociologia: Análise social e intervenção*. Petrópolis: Vozes, 1994b.
- \_\_\_\_\_ . *A Organização em Análise*. Petrópolis: Vozes, 1997.

- \_\_\_\_\_ . Instituições, poder e “desconhecimento”. In: ARAÚJO, José Newton Garcia de ; CARRETEIRO, Teresa Cristina. (Orgs.) *Cenários Sociais e abordagem clínica*. São Paulo: Escuta, Belo Horizonte: Fumec, 2001
- ENRIQUEZ, Eugène ; CARRETEIRO, Teresa Cristina. Violência, paranóia e perversão nas sociedades ocidentais contemporâneas: Reflexões sobre o filme *Tiros em Columbine* de M. Moore. In: *Estados Gerais de Psicanálise: Segundo Encontro Mundial*. Rio de Janeiro, 2003.
- ESCOREL, Sarah ; NASCIMENTO, Dilene ; EDLER, Flávio. As origens da Reforma Sanitária. In: LIMA, Nísia Trindade *et al.* (Org.) *Saúde e Democracia: História e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.
- FARIA, Tatiana Wargas. *Caminhos e percalços da política de saúde no Brasil – Vinte anos da Reforma Sanitária*. Mimeo, 1996.
- FEATHERSTONE, Mike. *O desmanche da cultura*. São Paulo: Studio Nobel, 1997.
- FERREIRA, Cláudia Maria Passos. Ética e clínica: limites morais do ato terapêutico. In: VENÂNCIO, Ana Teresa ; LEAL, Erotildes ; DELGADO, Pedro Gabriel. (Orgs.) *O Campo da Atenção Psicossocial: Anais do I Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Te Corá - Instituto Franco Basaglia, 1997.
- FIGUEIREDO, Ana Cristina. *Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.
- \_\_\_\_\_ . Do atendimento coletivo ao individual: um atravessamento na transferência. *Cadernos IPUB*, nº17, Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 2000.
- \_\_\_\_\_ . O que faz um psicanalista na Saúde Mental. In: VENÂNCIO, Ana Teresa ; CAVALCANTI, Maria Teresa. (Orgs.) *Saúde Mental: campo, saberes e discursos*. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, 2001.
- FILHO, Evaristo de Moraes. *Augusto Comte: Sociologia*. São Paulo: Ática, 1983.
- FONSECA, Luciana Massad. *O debate sobre o destino dos egressos de longas internações psiquiátricas: O caso do Instituto Municipal de Assistência à Saúde (IMAS) Juliano Moreira*. Dissertação de mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Rio de Janeiro, 2005.
- FOUCAULT, Michel. *Psicologia e doença mental*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.
- \_\_\_\_\_ . *História da Loucura na Idade clássica*. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1978.
- \_\_\_\_\_ . *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.
- \_\_\_\_\_ . *Vigiar e Punir: o nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1984.
- FREUD, Sigmund. *Totem e tabu*. Edição Standard Brasileira, v. XIII. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1974.

- \_\_\_\_\_ . *Mal estar da civilização*. Edição Standard Brasileira, v. XXI. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1976.
- FRIEDMAN, Luís Carlos. *Vertigens Pós-Modernas*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2000.
- GAUCHET, Marcel ; SWAIN, Gladys. *La pratique de l'esprit humain – l'institution asilaire et la révolution démocratique*. Paris: Gallimard, 1980.
- GERSCHMAN, Sílvia. Democracia, Políticas Sociais e Globalização: Relações em Revisão. In: GERSCHMAN, Sílvia.; VIANNA, Maria Lúcia Werneck. (Orgs.) *A Miragem da Pós-modernidade: Democracia e Políticas Sociais no Contexto da Globalização*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997.
- GIL, Antônio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 1999.
- GIUST-DEPRAIRIES, Florence. Representation et imaginaire. In: BAURUS-MICHEL, Jacqueline et al. *Vocabulaire de Psychosociologie*. Paris: Editions Éres, 2002.
- GOFFMAN, Erwing. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.
- \_\_\_\_\_ . *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
- GOLDBERG, Jairo. *Clínica da Psicose: Um Projeto na Rede Pública*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 1994.
- GOLDSTEIN, Nelson. A gozação de Rosenhan e a antipsiquiatria : sobre semiologia, psicopatologia e terapêutica psiquiátrica. In: FIGUEIREDO, Ana Cristina ; CAVALCANTI, Maria Tavares (Orgs.) *A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização*. Rio de Janeiro: Cuca, 2001.
- GONZÁLEZ REY, Fernando. *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação*. São Paulo: Pioneira Thonson Learnig, 2005.
- GOMES, Maria Paula Cerqueira. *A Política de Saúde Mental na Cidade do Rio de Janeiro*. Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ). Rio de Janeiro, 1999.
- GOMES, Rafael da Silveira ; GUIZARDI, Francine Lube ; PINHEIRO, Roseni. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, Roseni ; MATTOS, Rubens Araújo. (Orgs.) *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ ; ABRASCO, 2005.
- GULJOR, Ana Paula. *Os Centros de Atenção Psicossocial: um estudo sobre a transformação do modelo assistencial em saúde mental*. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Rio de Janeiro, 2003.
- HAGUETTE, Teresa Maria. *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis: Ed. Vozes, 1987.
- HARVEY, David. *Condição Pós-moderna*. São Paulo: Loyola, 1989.

- HIDALGO, Luciana. *Arthur Bispo do Rosário: O Senhor do Labirinto*. Rio de Janeiro, Rocco, 1996.
- JAMESON, Fredric. *Pós-modernismo: a Lógica Cultural do Capitalismo Tardio*. São Paulo: Ática, 1991.
- JAPIASSÚ, Hilton. *A interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1976.
- JÚNIOR, João Ribeiro. *O que é positivismo?* São Paulo: Ed. Brasiliense, 1986.
- KAËS, René. (Org.) *A Instituição e as Instituições*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.
- \_\_\_\_\_ . *O grupo e o sujeito do grupo: elementos para uma teoria psicanalítica do grupo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- KODA, Mirna Yamazato ; FERNANDES, Maria Inês Assumpção. A Reforma Psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n° 6, jun., 2007.
- KUHN, Thomas. *A Estrutura das Revoluções Científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1998.
- LAPLANCHE, Jean ; PONTALIS, Jean-Bertrand. *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- LASCH, Christopher. *Cultura do Narcisismo: a vida americana numa era de esperanças em declínio*. Rio de Janeiro: Imago, 1983.
- LAURENTI, Ruy. Analysis of information on health data: 1893-1993 : a hundred years of the International Classification of Diseases. *Rev. Saúde Pública*, v.25, n°6, p.407-417, dec., 1991.
- LEBRUN, Jean-Pierre. *Um mundo sem limite*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.
- LEITÃO, Carla Faria ; NICOLACI-da-COSTA, Ana Maria. Psychology in the new world context. *Estud. psicol. (Natal)*, v. 8, n° 3, p. 421-430, set./dec., 2003.
- LEVCOVITZ, Sérgio. Grupos de recepção ambulatorial: uma introdução ao tema. *Cadernos do IPUB*, n° 17, Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 2000.
- LEVCOVITZ, Eduardo ; LIMA, Luciana Dias ; MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciênc. e Saúde Coletiva*, v.6, n°2, p. 269-291, 2001.
- LÉVY, André. *Ciências clínicas e organizações sociais*. Belo Horizonte: Ed. Autêntica, 2001.
- LIPOVETSKY, Gilles. *Os tempos hipermodernos*. São Paulo: Barcarola, 2004.
- LYOTARD, Jean-François. *A Condição Pós-moderna*. Rio de Janeiro: José Olympio, 2004.
- LOPES, Tatiana Coelho ; HENRIQUES, Regina Lúcia ; PINHEIRO, Roseni. Trabalho em equipe e responsabilidade coletiva: a potência do espaço público. In: PINHEIRO Roseni ; MATTOS,

- Rubens Araújo. (Orgs.) *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: CEPESC ; ABRASCO, 2007.
- LOUGON, Maurício. *Psiquiatria Institucional: do Hospício à Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.
  - LUZ, Madel Therezinha. História de uma Marginalização: A Política Oficial de Saúde Mental. In: AMARANTE, Paulo. *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.
  - MACHADO Roberto. *et al.* *A danação da norma: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
  - MACHADO, Marília Novais Mata. Apresentação. In: LÉVY, André. *Psicossociologia: análise social e intervenção*. Petrópolis: Vozes, 1994.
  - \_\_\_\_\_ . Três cenários da prática psicossociológica. In: ARAÚJO, José Newton Garcia de ; CARRETEIRO, Teresa Cristina. (Orgs.) *Cenários Sociais e abordagem clínica*. São Paulo: Escuta ; Belo Horizonte: Fumec, 2001.
  - MAFFESOLI, Michel. *A transfiguração do político: a tribalização do mundo*. Porto Alegre: Sulina, 1997.
  - MARTINS, Anderson Luiz. *Biopsiquiatria e bioidentidade: política da subjetividade contemporânea*. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Rio de Janeiro, 2005.
  - MAXIMIANO, Antônio César. *Introdução à administração*. São Paulo: Atlas, 2004.
  - MELMAN, Jonas. *Família e Doença Mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras Editora, 2001.
  - MERHY, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
  - \_\_\_\_\_ . *Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial*. São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://paginas.terra.com.br/saude/merhy/textos/AlegriaeAlivionosCAPS.pdf>> Acesso em 04 de dezembro de 2007.
  - MILAGRES, André Luís Duval. *Porta de saída do asilo: cotidiano, narrativa e subjetividade nas residências terapêuticas em saúde mental do IMAS Juliano Moreira*. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro, 2002.
  - MILHOMEM, Maria Aparecida ; OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de. O trabalho em equipe nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. *Cogitare Enferm*, v.12, n°1, p.101-8, jan./mar., 2007.
  - MINAYO, Maria Cecília. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999.
  - MINAYO, Maria Cecília *et al.* Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, Maria Cecília ; ASSIS, Simone Gonçalves de ; SOUZA Edinilsa Ramos de. (Orgs.) *Avaliação por*

*triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

- MINTZBERG, Henry. *Criando organizações eficazes*. São Paulo: Atlas, 1995.
- MINTZBERG, Henry ; GLOUBERMAN, Scholom. *Managing the care of health and the cure of disease*. Mimeo, 1994.
- MORIN, Edgar. *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996.
- NICÁCIO, Maria Fernanda. *O processo de transformação da Saúde Mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*. Dissertação de Mestrado apresentada à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 1994.
- NICOLACI-da-COSTA, Ana Maria. A Passagem Interna da Modernidade para a Pós-modernidade. *Psicol. Ciênc. e Prof.*, Brasília, v.24, n°1, p. 82-93, mar., 2004.
- NICOLAS-FISHER, Gustavo. Espaço, identidade e organização. In: CHANLAT, Jean-François. *O indivíduo na organização*. São Paulo: Atlas, 1994.
- OLIVEIRA, Yane Gitahy. *A Contemporaneidade e as novas coordenadas para o campo da Saúde Mental no Brasil*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social (EICOS/IP/UFRJ). Rio de Janeiro, 2002.
- OLIVEIRA, Jaime Antônio de Araújo. ; TEIXEIRA, Sônia Fleury. *(Im)previdência social: 60 anos de história da previdência social no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1986.
- ONOCKO CAMPOS, Rosana. Análise do planejamento como dispositivo mediador de mudanças institucionais com base em um estudo de caso. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n° 4, p. 1021-1030, out./dez., 2000.
- \_\_\_\_\_ . A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- \_\_\_\_\_ . O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciênc. & Saúde Coletiva*, v.10, n° 3, p. 573-583, jul./set., 2005.
- ONOCKO CAMPOS, Rosana ; FURTADO, Juarez Pereira. Entre a Saúde Coletiva e a Saúde Mental: Um Instrumental Metodológico para a Avaliação da Rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do SUS. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n°5, mai., 2006.
- OUTHWAITE, Willian ; BOTTOMORE, Tom. *Dicionário do Pensamento Social do século XX*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.
- PAIM, Jairnilson Silva. Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: FLEURY, Sônia (Org.) *Saúde e Democracia: A luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- PAIM, Jairnilson Silva ; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Institutional configuration and administration of Brazil's National Health System (SUS): problems and challenges. *Ciênc. & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, sup.0, nov., 2007.

- PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. de Saúde Pública*, São Paulo, v.35, n° 1, fev., 2001.
- PIRES, Denise. *O processo de trabalho em saúde no Brasil no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho: estudo em instituições escolhidas*. Tese de Doutorado em Ciências Sociais apresentada à Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Campinas, 1996.
- \_\_\_\_\_ . *Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil*. São Paulo: CUT/Annablume, 1998.
- \_\_\_\_\_ . Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. *Rev. Bras. Enfermagem*, v.53, n°2, p.251-263, abr./jun., 2000.
- PITTA, Ana. Ética e assistência em psiquiatria. In: SILVA FILHO, João Ferreira ; FIGUEIREDO, Ana Cristina. *Ética e Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996.
- \_\_\_\_\_ . Tecendo uma teia de cuidados em saúde mental. In: VENÂNCIO, Ana Teresa ; CAVALCANTI, Maria Tavares. (Orgs). *Saúde Mental: campo, saberes e discursos*. Rio de Janeiro: IPUB-CUCA/UFRJ, 2001.
- PORTO, Maria Stella. Violence and mass media in contemporary society. *Sociologias*, Porto Alegre, n°8, jul./dez., 2002.
- PORTOCARRERO, Vera Maria. *O dispositivo da Saúde Mental: uma metamorfose na psiquiatria brasileira*. Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IFCS/UFRJ). Rio de Janeiro, 1990.
- \_\_\_\_\_ . *Arquivo da Loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- RAUTER, Cristina Mair. Oficinas para quê? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In: AMARANTE, Paulo. (Org.) *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- REBOUÇAS, Denise. Colônia Juliano Moreira: Da Fazenda de Engenho à Instituição de Assistência à Saúde. In: *Textos da mostra inaugural Memória da loucura*. Rio de Janeiro, 2001
- REBOUÇAS, Denise ; LEGAY, Letícia Fortes ; ABELHA, Lúcia. Satisfação com o trabalho e o impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental. *Rev. de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n° 2, abr., 2007.
- REIS, Valéria Lagrange Moutinho dos. *A Reforma Psiquiátrica no município do Rio de Janeiro: perspectivas e impasses*. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Rio de Janeiro, 1995.
- REIS, Rossana ; GARCIA, Maria Lúcia. A trajetória de um serviço público em álcool e outras drogas no município de Vitória: o caso do CPTT. *Ciênc. & saúde coletiva*, v.1, p. 995 - [?], 2007.
- RESENDE, Heitor. Política de Saúde Mental no Brasil: Uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério Almeida ; COSTA, Nilson do Rosário. (Orgs.) *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1992.

- RIETRA, Rita de Cássia. *Inovações na gestão em saúde mental: um estudo de caso sobre os CAPS na cidade do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Rio de Janeiro, 1999.
- ROTELLI, Franco. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, Paulo. (Org.) *Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.
- SÁ, Marilene de Castilho. *Em busca de uma porta de saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência*. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP/USP). São Paulo, 2005.
- SALEM, Tânia. O individualismo libertário no imaginário social dos anos 60. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 1, nº 2, 1991.
- SALM, Cláudio. As metamorfoses do trabalho. In: FIORI, José Luiz ; LOURENÇO, Marta Skinner de ; NORONHA, José Carvalho de. (Orgs.) *Globalização: o fato e o mito*. Rio de Janeiro: Ed.UERJ, 1998.
- SANTOS, Boaventura de Souza. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. São Paulo: Cortez, 1995.
- \_\_\_\_\_. *Conferência de Abertura do VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais*. Coimbra, 16-18 de Setembro de 2004. Disponível em: [http://www.ces.uc.pt/misc/Do\\_pos-moderno\\_ao\\_pos-colonial.pdf](http://www.ces.uc.pt/misc/Do_pos-moderno_ao_pos-colonial.pdf). Acesso em 31/12/2006.
- SARACENO, Benedetto. *Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia / Te Corá, 1999.
- SCHRAIBER, Lilia Blima. *O Médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.
- \_\_\_\_\_. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev. de Saúde Pública*, v.29, nº 2, p. 63-74, 1995.
- \_\_\_\_\_. *Medicina tecnológica e a prática profissional contemporânea: novos desafios, outros dilemas*. Tese de livre-docência apresentada a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, 1997.
- SENNETT, Richard. *A corrosão do caráter: as conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. Rio de Janeiro: Record, 2003.
- \_\_\_\_\_. Ruas e escritórios: duas fontes de identidades. In: HUTTON, Will ; GIDDENS, Anthony. (Orgs.) *No limite da racionalidade*. Rio de Janeiro: Ed. Record, 2004.
- SERPA JÚNIOR, Octávio Domont de. Sobre o “nascimento da psiquiatria”. *CADERNOS IPUB*, nº 03, Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 1999.
- SILVA FILHO, João Ferreira. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: TUNDIS, Silvério Almeida ; COSTA, Nilson do Rosário. (Orgs.) *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1992.

- \_\_\_\_\_ . O ambulatório e a psiquiatria. *Cadernos IPUB*, nº 17, Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 2000.
- SILVA, Benedito. *Dicionário de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1986.
- SILVEIRA, Denise Pinto. *Sofrimento psíquico e serviços de saúde: uma cartografia da produção do cuidado de saúde mental na atenção básica de saúde*. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Rio de Janeiro, 2003.
- SIQUEIRA, Carlos Eduardo *et al.* A globalização dos movimentos sociais: resposta social à Globalização Corporativa Neoliberal. *Ciênc. & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.8, nº4, p. 847-858, 2003.
- SIMMEL, Georg. A metrópole e a vida mental. In: VELHO, Otávio Guilherme. (Org.) *O fenômeno urbano*. Rio de Janeiro: Zahar, 1973.
- SWAIN, Gladys. *Le sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie*. Toulouse: Privat, 1977.
- TAVOILLOT, Pierre-Henri. Prefácio. In: LIPOVETSKY, Gilles. *Os tempos hipermodernos*. São Paulo: Barcarola, 2004.
- TEIXEIRA, Manoel Olavo. Algumas reflexões sobre o conceito de cura em psiquiatria. *Cadernos IPUB*, nº 03, Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 1999.
- \_\_\_\_\_ . Os primórdios da medicina mental no Brasil e o bruxo do Cosme Velho. *Cadernos IPUB*, nº 18, Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 2000.
- TENÓRIO, Fernando. Desmedicalizar e subjetivar: a especificidade da clínica da recepção. *Cadernos IPUB*, nº 17, Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 2000.
- \_\_\_\_\_ . *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001a.
- \_\_\_\_\_ . Reforma psiquiátrica e psicanálise: um trabalho necessário. In: FIGUEIREDO, Ana Cristina ; CAVALCANTI, Maria Tavares. (Orgs.) *A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização*. Rio de Janeiro: Cuca, 2001b.
- TUNDIS, Silvério Almeida ; COSTA, Nilson do Rosário.(Orgs.) *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1992.
- UGÁ, Maria Alicia ; MARQUES, Rosa Maria. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, Nísia Trindade. (Org.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.
- VALLADARES, Ana Cláudia *et al.* Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais. *Rev. Eletr. de Enf.*, v.5, nº1, p. 04-09, 2003.

- VENÂNCIO, Ana Teresa ; LEAL, Erotildes ; DELGADO, Pedro Gabriel. (Orgs.) *O Campo da Atenção Psicossocial: Anais do I Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Te Corá - Instituto Franco Basaglia, 1997.
- VIEIRA, Liszt. *Cidadania e globalização*. Rio de Janeiro: Record, 2000.
- VILELA, Elaine Morelato ; MENDES, Iranilde José Messias. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Rev. Latino-am. de Enf.*, Ribeirão Preto, v.11, n° 4, p.525-31, jul./ago., 2003.
- ZILBOORG, Gregory. *Historia de la Psicología Médica*. Buenos Aires: Psique, 1968.

# ANEXOS

## ANEXO 1

### EIXOS DE ANÁLISE DA PESQUISA DE CAMPO

Com o intento de direcionar a pesquisa de campo e torná-la mais alinhada com os objetivos da dissertação, foi criada uma grade inicial de análise que balizará as entrevistas e a observação participante no serviço de Saúde Mental.

- **Histórico do CAPS**

- Mapeamento da trajetória do CAPS desde o processo de implantação até os dias de hoje

- **Administração e condições materiais de funcionamento**

- Integração na rede local de serviços assistenciais em Saúde Mental, incluindo o próprio IMASJM
- Condições de infra-estrutura
- Horários de funcionamento
- Acessibilidade da clientela
- Estrutura organizacional

- **Equipe Técnica**

- Quantitativo de profissionais
- Formação profissional e escolaridade da equipe
- Regime de trabalho e carga horária
- Vínculo formal com a instituição

- **Clientela**

- Número de usuários
- Caracterização da clientela
- Inserção dos usuários nas práticas assistenciais e nos projetos terapêuticos

- **Oferta de práticas assistenciais**

- Descrição das atividades terapêuticas

- **Reforma Psiquiatria Brasileira**

- Penetração na prática assistencial do ideário, dos valores e das diretrizes das políticas públicas de Saúde Mental

- Capacidade da Reforma Psiquiátrica servir como um pólo de identificação profissional e um ideal que dá sentido ao trabalho
- Possibilidade da Reforma Psiquiátrica funcionar como um projeto compartilhado e político, sendo discutido e posto em prática coletivamente.
- Influência da diversidade de linhas de pensamento e referenciais teóricos da Reforma Psiquiátrica na dinâmica do trabalho e nas práticas assistenciais

○ **Dinâmica do trabalho no serviço assistencial**

- Sinergia e conflito na divisão do trabalho e o funcionamento da equipe multiprofissional
- Grau de autonomia na realização das práticas assistenciais
- Emergência de projetos coletivos específicos do CAPS
- Símbolos, metáforas, mitos e ritos no CAPS e seu impacto nas práticas
- Representações dos profissionais sobre a estruturação do trabalho e as condições administrativas e materiais do CAPS

○ **Vínculo subjetivo profissional – CAPS**

- Representações da relação profissional-instituição e seu impacto nas práticas assistenciais
- Perspectivas de futuro na instituição (*job x career*)
- Identificação do profissional com a instituição

○ **Representações das práticas assistenciais**

- Representações dos profissionais sobre a loucura, o usuário, o tratamento e sua finalidade.
- Análise do papel profissional e institucional na assistência
- Fantasias e desejos presentes na relação Profissional – Usuário
- Avaliação acerca subsistência de elementos próprios ao *ethos* alienista na prática assistencial
- Significados atribuídos pelos profissionais a eficácia do trabalho desenvolvido e o impacto dos casos de insucesso no tratamento nos mesmos

## ANEXO 02

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Observação de campo (profissionais)



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ**  
**Escola Nacional de Saúde Pública**  
**Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP**

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Observação Participante - Profissionais

Você está sendo convidado para participar da pesquisa *A dinâmica do trabalho e as práticas assistenciais em saúde mental: possibilidades e limites na contemporaneidade*.

Você foi selecionado por seu trabalho envolver a realização de práticas assistenciais nesse serviço de saúde. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Este estudo se justifica na medida em que busca propiciar uma visão crítica do trabalho em Saúde Mental no contexto contemporâneo e da Reforma Psiquiátrica. Seus objetivos são: (i) Compreender o trabalho em Saúde Mental a partir das mudanças da sociedade contemporânea; (ii) Discutir as práticas assistenciais em Saúde Mental à luz do ideário da Reforma Psiquiátrica Brasileira e das políticas públicas da área; (iii) Analisar os processos de trabalho em Saúde Mental frente às características do trabalho em Saúde em geral; (iv) Conhecer as estratégias de organização/gestão do trabalho em um CAPS da cidade do Rio de Janeiro, além de (v) pesquisar os elementos imaginários e simbólicos ali presentes e sua relação com as práticas assistenciais.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em realizar suas atividades de trabalho na presença do pesquisador, que apenas observará.

Não há riscos relacionados com sua participação.

O benefício vinculado com sua participação na pesquisa relaciona-se com a melhor compreensão da dinâmica do trabalho em Saúde Mental na Contemporaneidade. Neste sentido, firma-se o compromisso do retorno dos resultados para este serviço de saúde.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Ainda que os resultados da pesquisa sejam divulgados na forma de artigos científicos posteriormente, as informações serão explicitadas de forma a impossibilitar sua identificação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Vinicius Carvalho de Vasconcellos  
Pesquisador responsável

Instituição do pesquisador: Departamento de Administração e Planejamento em Saúde  
Escola Nacional de Saúde Pública (Fundação Oswaldo Cruz)  
Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480, 7 andar  
CEP 21041-210, Rio de Janeiro/ RJ  
Telefone: 2598-2600

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (Fundação Oswaldo Cruz)  
Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 314  
CEP 21041-210, Rio de Janeiro/ RJ  
Telefone: 2598-2863

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira (IMASJM) – Centro de Estudos  
Endereço: Estrada Rodrigues Caldas, 3400  
CEP 22713-370, Jacarepaguá - Rio de Janeiro/ RJ  
Telefone: 2446-6773

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

Participante da pesquisa

## ANEXO 03

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Observação de campo (usuários)



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ**  
**Escola Nacional de Saúde Pública**  
**Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP**

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Observação Participante - Usuários

Você está sendo convidado para participar da pesquisa *A dinâmica do trabalho e as práticas assistenciais em saúde mental: possibilidades e limites na contemporaneidade*.

Você foi selecionado por ser usuário(a) desse serviço de Saúde. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Este estudo se justifica na medida em que busca propiciar uma visão crítica do trabalho em Saúde Mental no contexto contemporâneo e da Reforma Psiquiátrica. Seus objetivos são: (i) Compreender o trabalho em Saúde Mental a partir das mudanças da sociedade contemporânea; (ii) Discutir as práticas assistenciais em Saúde Mental à luz do ideário da Reforma Psiquiátrica Brasileira e das políticas públicas da área; (iii) Analisar os processos de trabalho em Saúde Mental frente às características do trabalho em Saúde em geral; (iv) Conhecer as estratégias de organização/gestão do trabalho em um CAPS da cidade do Rio de Janeiro, além de (v) pesquisar os elementos imaginários e simbólicos ali presentes e sua relação com as práticas assistenciais.

Sua participação nesta pesquisa consistirá participar de uma atividade assistencial nesse serviço de saúde com a presença do pesquisador, que se limitará a observar.

Não há riscos relacionados com sua participação.

O benefício vinculado com sua participação na pesquisa relaciona-se com a melhor compreensão da dinâmica do trabalho em Saúde Mental na Contemporaneidade. Neste sentido, firma-se o compromisso do retorno dos resultados para este serviço de saúde.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Ainda que os resultados da pesquisa sejam divulgados na forma de artigos científicos posteriormente, as informações serão explicitadas de forma a impossibilitar sua identificação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Vinicius Carvalho de Vasconcellos  
Pesquisador responsável

Instituição do pesquisador: Departamento de Administração e Planejamento em Saúde  
Escola Nacional de Saúde Pública (Fundação Oswaldo Cruz)  
Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480, 7 andar  
CEP 21041-210, Rio de Janeiro/ RJ  
Telefone: 2598-2600

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (Fundação Oswaldo Cruz)  
Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 314  
CEP 21041-210, Rio de Janeiro/ RJ  
Telefone: 2598-2863

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira (IMASJM) – Centro de Estudos  
Endereço: Estrada Rodrigues Caldas, 3400  
CEP 22713-370, Jacarepaguá - Rio de Janeiro/ RJ  
Telefone: 2446-6773

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

Participante da pesquisa

## ANEXO 04

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Entrevista (profissionais)



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ**  
**Escola Nacional de Saúde Pública**  
**Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP**

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Entrevistas - Profissionais

Você está sendo convidado para participar da pesquisa *A dinâmica do trabalho e as práticas assistenciais em saúde mental: possibilidades e limites na contemporaneidade*.

Você foi selecionado por seu trabalho envolver a realização de práticas assistenciais nesse serviço de saúde e por você trabalhar nele há mais de seis meses. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Este estudo se justifica na medida em que busca propiciar uma visão crítica do trabalho em Saúde Mental no contexto contemporâneo e da Reforma Psiquiátrica. Seus objetivos são: (i) Compreender o trabalho em Saúde Mental a partir das mudanças da sociedade contemporânea; (ii) Discutir as práticas assistenciais em Saúde Mental à luz do ideário da Reforma Psiquiátrica Brasileira e das políticas públicas da área; (iii) Analisar os processos de trabalho em Saúde Mental frente às características do trabalho em Saúde em geral; (iv) Conhecer as estratégias de organização/gestão do trabalho em um CAPS da cidade do Rio de Janeiro, além de (v) pesquisar os elementos imaginários e simbólicos ali presentes e sua relação com as práticas assistenciais.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista ao pesquisador Vinicius Carvalho de Vasconcellos.

Não há riscos relacionados com sua participação.

O benefício vinculado com sua participação na pesquisa relaciona-se com a melhor compreensão da dinâmica do trabalho em Saúde Mental na Contemporaneidade. Neste sentido, firma-se o compromisso do retorno dos resultados para este serviço de saúde.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Ainda que os resultados da pesquisa sejam divulgados na forma de artigos científicos posteriormente, as informações serão explicitadas de forma a impossibilitar sua identificação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Vinicius Carvalho de Vasconcellos  
Pesquisador responsável

Instituição do pesquisador: Departamento de Administração e Planejamento em Saúde  
Escola Nacional de Saúde Pública (Fundação Oswaldo Cruz)

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480, 7 andar

CEP 21041-210, Rio de Janeiro/ RJ

Telefone: 2598-2600

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (Fundação Oswaldo Cruz)

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 314

CEP 21041-210, Rio de Janeiro/ RJ

Telefone: 2598-2863

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira (IMASJM) – Centro de Estudos

Endereço: Estrada Rodrigues Caldas, 3400

CEP 22713-370, Jacarepaguá - Rio de Janeiro/ RJ

Telefone: 2446-6773

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

Participante da pesquisa

## ANEXO 05

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Entrevista (Coordenadora do CAPS)



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ**  
**Escola Nacional de Saúde Pública**  
**Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP**

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Entrevista – Coordenador(a) CAPS

Você está sendo convidada para participar da pesquisa *A dinâmica do trabalho e as práticas assistenciais em saúde mental: possibilidades e limites na contemporaneidade*.

Você foi selecionada por ser coordenador(a) desse serviço de saúde. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Este estudo se justifica na medida em que busca propiciar uma visão crítica do trabalho em Saúde Mental no contexto contemporâneo e da Reforma Psiquiátrica. Seus objetivos são: (i) Compreender o trabalho em Saúde Mental a partir das mudanças da sociedade contemporânea; (ii) Discutir as práticas assistenciais em Saúde Mental à luz do ideário da Reforma Psiquiátrica Brasileira e das políticas públicas da área; (iii) Analisar os processos de trabalho em Saúde Mental frente às características do trabalho em Saúde em geral; (iv) Conhecer as estratégias de organização/gestão do trabalho em um CAPS da cidade do Rio de Janeiro, além de (v) pesquisar os elementos imaginários e simbólicos ali presentes e sua relação com as práticas assistenciais.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista ao pesquisador Vinicius Carvalho de Vasconcelos.

Não há riscos relacionados com sua participação.

O benefício vinculado com sua participação na pesquisa relaciona-se com a melhor compreensão da dinâmica do trabalho em Saúde Mental na Contemporaneidade. Neste sentido, firma-se o compromisso do retorno dos resultados para este serviço de saúde.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão divulgadas por meio de textos acadêmicos. Embora em nenhuma hipótese seu nome seja divulgado, existe a possibilidade de sua identificação em função do cargo ocupado por você no serviço de saúde.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Vinicius Carvalho de Vasconcellos  
Pesquisador responsável

Instituição do pesquisador: Departamento de Administração e Planejamento em Saúde  
Escola Nacional de Saúde Pública (Fundação Oswaldo Cruz)

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480, 7 andar

CEP 21041-210, Rio de Janeiro/ RJ

Telefone: 2598-2600

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (Fundação Oswaldo Cruz)

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 314

CEP 21041-210, Rio de Janeiro/ RJ

Telefone: 2598-2863

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira (IMASJM) – Centro de Estudos

Endereço: Estrada Rodrigues Caldas, 3400

CEP 22713-370, Jacarepaguá - Rio de Janeiro/ RJ

Telefone: 2446-6773

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

Participante da pesquisa

## ANEXO 06

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Entrevista (membro do Centro de Estudos do IMASJM)



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ**  
**Escola Nacional de Saúde Pública**  
**Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP**

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Entrevista – Centro de Estudos do IMASJM

Você está sendo convidada para participar da pesquisa *A dinâmica do trabalho e as práticas assistenciais em saúde mental: possibilidades e limites na contemporaneidade*.

Você foi selecionada por ser membro do Centro de Estudos do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Este estudo se justifica na medida em que busca propiciar uma visão crítica do trabalho em Saúde Mental no contexto contemporâneo e da Reforma Psiquiátrica. Seus objetivos são: (i) Compreender o trabalho em Saúde Mental a partir das mudanças da sociedade contemporânea; (ii) Discutir as práticas assistenciais em Saúde Mental à luz do ideário da Reforma Psiquiátrica Brasileira e das políticas públicas da área; (iii) Analisar os processos de trabalho em Saúde Mental frente às características do trabalho em Saúde em geral; (iv) Conhecer as estratégias de organização/gestão do trabalho em um CAPS da cidade do Rio de Janeiro, além de (v) pesquisar os elementos imaginários e simbólicos ali presentes e sua relação com as práticas assistenciais.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista ao pesquisador Vinicius Carvalho de Vasconcellos.

Não há riscos relacionados com sua participação.

O benefício vinculado com sua participação na pesquisa relaciona-se com a melhor compreensão da dinâmica do trabalho em Saúde Mental na Contemporaneidade. Neste sentido, firma-se o compromisso do retorno dos resultados para este serviço de saúde.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão divulgadas por meio de textos acadêmicos. Embora em nenhuma hipótese seu nome seja divulgado, existe a possibilidade de sua identificação em função do cargo ocupado por você no serviço de saúde.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Vinicius Carvalho de Vasconcellos  
Pesquisador responsável

Instituição do pesquisador: Departamento de Administração e Planejamento em Saúde  
Escola Nacional de Saúde Pública (Fundação Oswaldo Cruz)  
Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480, 7 andar  
CEP 21041-210, Rio de Janeiro/ RJ  
Telefone: 2598-2600

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (Fundação Oswaldo Cruz)  
Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 314  
CEP 21041-210, Rio de Janeiro/ RJ  
Telefone: 2598-2863

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira (IMASJM) – Centro de Estudos  
Endereço: Estrada Rodrigues Caldas, 3400  
CEP 22713-370, Jacarepaguá - Rio de Janeiro/ RJ  
Telefone: 2446-6773

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

Participante da pesquisa

## ANEXO 07

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Entrevista (primeira coordenadora do CAPS)



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ**  
**Escola Nacional de Saúde Pública**  
**Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP**

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Entrevista – Primeira coordenadora do CAPS

Você está sendo convidada para participar da pesquisa *A dinâmica do trabalho e as práticas assistenciais em saúde mental: possibilidades e limites na contemporaneidade*.

Você foi selecionada por ter sido a primeira coordenadora do CAPS Bispo do Rosário. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Este estudo se justifica na medida em que busca propiciar uma visão crítica do trabalho em Saúde Mental no contexto contemporâneo e da Reforma Psiquiátrica. Seus objetivos são: (i) Compreender o trabalho em Saúde Mental a partir das mudanças da sociedade contemporânea; (ii) Discutir as práticas assistenciais em Saúde Mental à luz do ideário da Reforma Psiquiátrica Brasileira e das políticas públicas da área; (iii) Analisar os processos de trabalho em Saúde Mental frente às características do trabalho em Saúde em geral; (iv) Conhecer as estratégias de organização/gestão do trabalho em um CAPS da cidade do Rio de Janeiro, além de (v) pesquisar os elementos imaginários e simbólicos ali presentes e sua relação com as práticas assistenciais.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista ao pesquisador Vinicius Carvalho de Vasconcellos.

Não há riscos relacionados com sua participação.

O benefício vinculado com sua participação na pesquisa relaciona-se com a melhor compreensão da dinâmica do trabalho em Saúde Mental na Contemporaneidade. Neste sentido, firma-se o compromisso do retorno dos resultados para este serviço de saúde.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão divulgadas por meio de textos acadêmicos. Embora em nenhuma hipótese seu nome seja divulgado, existe a possibilidade de sua identificação em função do cargo que você ocupou no serviço de saúde.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Vinicius Carvalho de Vasconcellos  
Pesquisador responsável

Instituição do pesquisador: Departamento de Administração e Planejamento em Saúde  
Escola Nacional de Saúde Pública (Fundação Oswaldo Cruz)  
Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480, 7 andar  
CEP 21041-210, Rio de Janeiro/ RJ  
Telefone: 2598-2600

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (Fundação Oswaldo Cruz)  
Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 314  
CEP 21041-210, Rio de Janeiro/ RJ  
Telefone: 2598-2863

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira (IMASJM) – Centro de Estudos  
Endereço: Estrada Rodrigues Caldas, 3400  
CEP 22713-370, Jacarepaguá - Rio de Janeiro/ RJ  
Telefone: 2446-6773

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

Participante da pesquisa

## ANEXO 08

### ROTEIRO DE ENTREVISTA PROFISSIONAIS

#### ○ **Histórico do CAPS**

- Conte um pouco sobre o que você conhece acerca da implantação do CAPS e de sua história.
- Como você vê a atuação do CAPS hoje?

#### ○ **Elementos organizacionais do trabalho no serviço assistencial**

- Como você avalia as condições de infra-estrutura do CAPS?
- Como se organizam as ações dos diversos profissionais no CAPS? Quais os mecanismos de coordenação do trabalho e como eles influenciam as práticas?
- Na sua experiência, como tem funcionado a equipe multidisciplinar na assistência?

#### ○ **Vínculo formal de trabalho o CAPS**

- Como é o seu regime de trabalho e sua carga horária?
- Qual o seu vínculo formal de trabalho com o CAPS?
- Você tem outras atividades profissionais? Quais?

#### ○ **Vínculo subjetivo com o CAPS**

- Há quanto tempo você está no CAPS? Como foi sua entrada no serviço e suas impressões iniciais?
- O que vêm significando para você trabalhar no CAPS?
- Como você imagina seu futuro profissional? Por exemplo, onde você acha que estará trabalhando daqui a 05 anos?

#### ○ **Representações/imaginário das práticas assistenciais**

- Como é o cotidiano do seu trabalho? Em que práticas assistenciais do CAPS você trabalha? Conte um pouco sobre sua prática.
- O que este trabalho tem significado para você? E o que representa para você trabalhar no campo da Saúde Mental em geral?
- Se você tivesse que escolher uma situação ou cena que simbolizasse o trabalho no CAPS, qual seria?

- Você poderia relatar brevemente um acontecimento/vivência em sua trajetória na Saúde Mental que lhe marcou?
- Fale um pouco sobre o que é possível esperar do tratamento da loucura?
- Como você vê seu papel de técnico no tratamento a loucura?
- Fale um pouco do usuário (livremente) e de sua relação com eles.
- Quais as maiores frustrações e realizações existentes no cotidiano do seu trabalho?
- Há algum projeto/atividade que gostaria de implantar no CAPS? Qual seria?

○ **Reforma Psiquiatria Brasileira**

- Como você compreende o momento atual de Reforma Psiquiátrica no Brasil?
- Até que ponto as discussões da Reforma Psiquiátrica trazem impactos para as práticas assistências?
- Como você tem orientado sua prática profissional? Você identifica uma referência teórica como base de sua atuação?
- Gostaria de acrescentar mais alguma coisa que não tenha sido abordado nessa entrevista?

## ANEXO 09

### ROTEIRO DE ENTREVISTA COORDENADORA DO CAPS

#### ○ **Histórico do CAPS**

- Conte um pouco sobre o que você conhece acerca da implantação do CAPS e de sua história.
- Como você vê a atuação do CAPS hoje?

#### ○ **Clientela**

- Quais são as principais características dos usuários do CAPS?
- Atualmente, quantos usuários o CAPS atende?
- Como ocorre o acesso dos usuários ao CAPS? Quais os critérios para inserção no serviço e os procedimentos para o encaminhamento dos casos (tanto para os serviços do CAPS quanto para fora)? Os usuários vem de outras unidades do IMASJM?
- Como está a inserção dos usuários nas práticas assistenciais e nos projetos terapêuticos atualmente?

#### ○ **Elementos organizacionais do trabalho no serviço assistencial**

- Quais são as práticas assistenciais que o CAPS oferece aos usuários?
- Como ocorre a integração do CAPS com a rede local de serviços assistenciais em Saúde Mental, incluindo outras unidades do IMASJM?
- Como você avalia as condições de infra-estrutura do CAPS?
- Quais as maiores dificuldades e realizações existentes na gestão do CAPS?
- Em que medida a gestão do CAPS é pautada por algum tipo de planejamento?
- Como se organizam as ações dos diversos profissionais no CAPS? Quais os mecanismos de coordenação do trabalho e como eles influenciam as práticas?
- Na sua experiência, como tem funcionado a equipe multidisciplinar na assistência?

#### ○ **Vínculos formais de trabalho e equipe técnica**

- Quantos funcionários trabalham no CAPS? Qual a formação profissional e o nível de escolaridade da equipe?
- Quais são os regimes de trabalho existentes no CAPS e carga horária de cada profissional?
- No quadro atual de funcionários, quais são os tipos de vínculos formais de trabalho existentes?

○ **Vínculo subjetivo com o CAPS**

- Há quanto tempo você está no CAPS? Como foi sua entrada no serviço e suas impressões iniciais.
- Há quanto tempo você é coordenadora do CAPS? Conte um pouco sobre essa experiência.
- O que vem significando para você trabalhar no CAPS?
- Como você imagina seu futuro profissional? Por exemplo, onde você acha que estará trabalhando daqui a 05 anos?

○ **Representações/imaginário no CAPS**

- O que significa para você trabalhar no campo da Saúde Mental em geral?
- Se você tivesse que escolher uma situação ou cena que simbolizasse o trabalho no CAPS, qual seria?
- Como você enxerga a realização dessas práticas assistenciais no CAPS atualmente?
- Como ocorre o processo de formulação e implantação de algum novo projeto no CAPS?
- Há algum projeto/atividade que gostaria de implantar no CAPS? Qual seria?

○ **Reforma Psiquiatria Brasileira**

- Como você compreende o momento atual de Reforma Psiquiátrica no Brasil?
- Até que ponto as discussões da Reforma Psiquiátrica trazem impactos para as práticas assistências?

Gostaria de acrescentar mais alguma coisa que não tenha sido abordado nessa entrevista?

## ANEXO 10

### ROTEIRO DE ENTREVISTA MEMBRO DO CENTRO DE ESTUDOS DO IMASJM

- Conte um pouco sobre o que você conhece acerca da implantação do CAPS e de sua história. Houve tentativas anteriores de implantação de um CAPS na CJM?
- Quais os motivos e o contexto para a transformação do CAD em CAPS? Como foi o jogo de apoios e resistências na saída do HMJM?
- Qual o significado do CAPS frente à história da Colônia Juliano Moreira?
- Fale um pouco sobre a relação entre CAPS e IMASJM ao longo da história do serviço? E como está esta relação hoje? Como o CAPS se insere no contexto do IMASJM?
- Fale sobre a saída do CAPS do HMJM e sua passagem para a C.A.P 4? O que representa essa mudança?
- Como você vê a atuação do CAPS hoje?

## ANEXO 11

### ROTEIRO DE ENTREVISTA 1º COORDENADORA DO CAPS BISPO DO ROSÁRIO

- Conte um pouco sobre o que você conhece acerca da implantação do CAPS e de sua história. Houve tentativas anteriores de implantação de um CAPS na Complexo Juliano Moreira (CJM)?
- Quais os motivos e o contexto para a transformação do CAD em CAPS? Como foi o jogo de apoios e resistências na saída do HMJM?
- Houve influência do processo de municipalização?
- Qual era a conjuntura na CJM e na SMS-RJ no momento de implantação do CAPS?
- Porque o CAPS acabou ficando dentro da CJM? Já era polemico naquela época?
- Qual o significado do CAPS frente à história da Colônia Juliano Moreira?
- Se você tivesse que escolher uma metáfora/imagem ou uma cena vivida que sintetizasse o CAPS daquela época. Qual seria e por quê?
- Que sentidos o CAPS adquiria para você naquela época?
- Conte sobre sua experiência como primeira coordenadora do CAPS?
- Quanto tempo ficou lá e o que motivou sua saída?

