

A INTERSUBJETIVIDADE NO CUIDADO À SAÚDE MENTAL: DA NARRATIVA À AÇÃO PLANEJADA

Resumo

Diante da significativa demanda por atenção em Saúde Mental e na tentativa de substituir-se o tratamento psiquiátrico baseado no isolamento e na exclusão, surgiram os CAPs – Centros de Atenção Psicossocial. Este projeto visa à análise de repercussões subjetivas do trabalho nos CAPs aos profissionais de nível médio, maioria nesses serviços, buscando-se contribuir com as políticas de planejamento em Saúde. Elegeu-se a pesquisa avaliativa como instrumento detector de conceitos envolvidos na implementação dessa rede e de entraves que a dificultariam, com o intuito de que não lhe escapem suas possibilidades de comprometimento com uma mudança de paradigma. Realizaram-se dois grupos focais: o primeiro com seis trabalhadores de um CAPs III da cidade de Campinas; o segundo com quatro, caracterizando duas discussões gravadas em áudio, transcritas e transformadas em narrativa. A metodologia utilizada para análise alicerça-se na abordagem hermenêutico-crítica proposta por Ricoeur, segundo a qual os textos construídos são propícios ao estudo de conceitos e à elaboração de linhas interpretativas. Utilizou-se a filosofia gadameriana, cujo fundamento não prevê eliminar a influência do pesquisador, mas iluminar seus preconceitos. Revelou-se como principal desencadeante de sofrimento a desvalorização do trabalho, identificada como ausência de reconhecimento de sua competência pelos colegas da equipe. Destacaram-se temas como a dificuldade de cooperação com familiares dos usuários, a fraca interligação do CAPs com a Rede de Saúde, a responsabilização pelo plantão noturno, a liberação de pacientes em leito-noite, o excesso de carga horária a que estão sujeitos esses profissionais e identificou-se um paradoxo no encaminhamento de

pacientes para outros serviços. A narrativa também torna públicas formas afirmativas postas em prática no manejo das experiências. Aponta-se a necessidade de ações que incentivem maior escuta entre os profissionais e favoreçam o respeito às opiniões de auxiliares e técnicos de enfermagem, ainda que permaneçam questões cuja decisão caiba a profissionais de nível superior, por ser este seu núcleo de trabalho. Propõem-se, para tanto, adequado planejamento de estrutura e de organização institucional, quando da abertura de novos serviços. Crê-se que os relatos trazem à tona aspectos individuais do relacionamento humano, cuja singularidade não exclui questões universais do fenômeno social envolvido na relação subjacente da atenção à saúde. Por meio de múltiplas releituras, possibilita-se uma travessia da existência inexorável a uma outra, passível de intervenção.

Introdução

Apesar de significativa a prevalência de transtornos mentais – no Brasil, 3% severos e persistentes, 6% de dependência química –, a relevância dada à saúde mental está muito aquém daquela concedida à saúde física (Brasil, 2003). Concomitantemente, os programas de Saúde Coletiva em geral não contêm componentes específicos à abordagem dos problemas mentais, que se submetem a dispositivos tratados sem a adaptação necessária às suas particularidades, tornando-se vulneráveis a terem frustradas suas expectativas.

A reconstrução dos modelos de assistência, desencadeada pela Reforma Psiquiátrica, vincula-se à emergência dos CAPs – Centros de Atenção Psicossocial – comprometidos em consolidar práticas e saberes condizentes com um tratamento terapêutico renovado. Nesse sentido, por meio da gradativa substituição dos leitos em

hospitais psiquiátricos por serviços oferecidos pelo CAPs, busca-se o deslocamento de uma lógica baseada na exclusão a uma outra, apoiada na busca de recursos para que o sujeito seja reintegrado à sociedade e recupere, na medida do possível, sua autonomia. As inaugurações do CAPs Itapeva – Centro de Atenção Psicossocial Luis da Rocha Cerqueira – na cidade de São Paulo em 1987 e dos NAPs – Núcleo de Atenção Psicossocial – em Santos em 1989 representam atitudes pioneiras na efetiva transformação dos marcos conceituais que até então determinaram o modelo de cuidado destinado aos pacientes com transtornos mentais graves – formato concretamente identificado na figura dos manicômios. O progresso mais importante deu-se com a implantação, pelos NAPs, do atendimento territorializado e em tempo integral.

A partir dessas experiências, estabeleceram-se critérios para que os novos serviços passassem à esfera de responsabilidades do Sistema Único de Saúde, o que se efetivou por meio da Portaria 224/92 (Brasil, 1992) do Ministério da Saúde, permitindo o suporte necessário à expansão da rede – que se ampliou consideravelmente, chegando a cerca de 400 unidades em dez anos (Brasil, 2002). É interessante observar que embora os CAPs estejam subordinados aos princípios norteadores do SUS – acesso, integralidade e resolutividade – termina também por subverter seus preceitos de hierarquia, por conter diferentes níveis de atenção em uma mesma unidade (Campos, 2000).

A preocupação com um compromisso inadiável de mudança de paradigma torna necessário que sejam rompidos pelo menos quatro referenciais: o método epistêmico da psiquiatria; o conceito tachativo de doença mental como um erro ou desrazão e sua arbitrária correlação com a periculosidade; o princípio pineliano de isolamento terapêutico; a moral que permeia os métodos de cuidado hegemônicos (Amarante e Torres, 2001).

Soma-se a essas negações a afirmação da prática de uma clínica ampliada, priorizadora do sujeito e que o destaque (Campos, 2001; Garcia, 2002).

A consciência de que tais considerações situam-se em uma área em que se entrelaçam práticas e saberes relacionados à Saúde Mental e à Saúde Coletiva (Onocko Campos & Amaral, 1997) eleva o patamar de complexidade das discussões e análises. Esse pressuposto viabiliza a resolução de problemas e favorece medidas que visem à evolução de um modelo de atenção consistente e de fato comprometido com o bem-estar de todos os agentes envolvidos. Pretende-se superar a distância artificialmente construída entre esses campos do conhecimento – vinculados em sua natureza, conquanto se apresentem um tanto divergentes por motivos históricos e tão comprometedores do nível de suas potencialidades (Onocko Campos, 1998).

Como hipótese, considera-se fonte adequada de informação o resgate de histórias de profissionais diariamente envolvidos na prática da atenção – auxiliares e técnicos de enfermagem – para trazer à tona eventos que denunciem problemáticas, a partir das quais surjam reflexões propícias à busca de formas criativas que norteiem o direcionamento do agir em futuras circunstâncias similares. Espera-se que este projeto contribua para a resolução de entraves identificáveis na estrutura do CAPs, com o intuito de superar críticas e de impedir que dificuldades intrínsecas ao estabelecimento de qualquer rede venham a superar as possibilidades de benefícios que a expansão do sistema configura.

Embora não se cogite descartar a transdisciplinaridade, crê-se que o conhecimento adquirido por meio da profissionalização seja essencial para situar o trabalhador em um cargo funcionalmente condizente – em termos de exigências emocionais e técnicas – com sua preparação prévia (Onocko Campos, 2005-a). Ressalte-se o fato de que o saber técnico

não é dotado de um caráter benéfico ou danoso *a priori*, mas depende fundamentalmente do seu uso, de sua aplicação de forma adequada em cada contexto específico (idem, ibidem). Assim, os conhecimentos provenientes da experiência podem e devem ser compartilhados, mas não se deve ceder à tentação de encerrá-los no conceito de “técnica”, já que dependem de empatia e espontaneidade circunstanciais e da expressão do que se supõe certo, ou seja, do exercício pleno da prudência (Onocko Campos, 2003).

A categoria profissional foi priorizada por constituir-se maioria dentro dos serviços e devido às características de sua rotina, em geral exaustiva, o que implicaria susceptibilidade aos impactos provenientes do contato emocional envolvido na intervenção. Em pesquisa realizada pelo grupo de estudos do qual também participam os autores deste projeto, realizaram-se grupos focais com profissionais de diversas formações, reunidos de acordo com o critério de pertencer a um determinado CAPs, ou seja, trabalhadores da mesma equipe. Essa experiência evidenciou a predominância das falas de graduados em todos os CAPs participantes. Por outro lado, a escolha de reunir equipes já formadas facilitou a interação dos sujeitos em torno da discussão dos problemas de cada equipamento – que se mostraram semelhantes nos diversos grupos, de forma que se pôde afirmar que as principais questões apresentaram saturação.

Efetua-se assim uma aposta naquilo que uma equipe de profissionais de nível médio teria a dizer sobre a prática dos serviços, sem a inibição supostamente causada pela presença de pessoas de outros núcleos funcionais. Optou-se por uma equipe pertencente ao único CAPs de Campinas que prevê em sua organização institucional o rodízio de auxiliares e técnicos durante todos os turnos, de maneira que cada profissional sempre participa da atenção em todos os horários. Mostrou-se inviável para um trabalho de

iniciação científica, do ponto de vista logístico, a realização de grupos em todos os CAPs da cidade.

Objetivo geral: este projeto visa, portanto, à análise de repercussões subjetivas do trabalho no CAPs ao profissional de nível médio, buscando-se contribuir com as políticas de planejamento em Saúde.

São objetivos específicos:

- A expressão de experiências, dificuldades e motivações particulares à rotina de auxiliares e técnicos de enfermagem;
- A identificação de perspectivas e de abordagens emergentes do processo de atendimento diário e que, embora fundamentais, passem despercebidas.

Materiais e Métodos

Escolheu-se a pesquisa avaliativa como instrumento detector de conceitos envolvidos na implementação desta rede e de entraves que a dificultariam. A pesquisa realizou-se na cidade de Campinas, cuja rede de CAPs distingue-se por sua complexidade – existência de cinco CAPs III e um CAPs II, além de um CAPs-ad (destinado ao tratamento de pacientes envolvidos em problemas com álcool e drogas) e um CAPs-i (exclusivo para crianças) – e natureza pioneira no universo dos serviços substitutivos de saúde mental implementados a partir dos alicerces estabelecidos pela Reforma Psiquiátrica. Optou-se pelo CAPs III para efetiva coleta de dados, uma vez que é aquele que reúne a mais ampla extensão de serviços prestados.

As informações foram obtidas por meio da técnica de grupos focais, caracterizada por sessões previamente planejadas entre pessoas que compartilham um traço comum e durante as quais se discutem assuntos pertinentes tanto aos interesses do pesquisador quanto dos participantes (Westphal *et alli*, 1996; Gatti, 2005). Durante seu desenvolvimento, uma moderadora propôs os temas de interesse de maneira a adequar-se à imprevisibilidade das respostas e cuidando para que a discussão não fugisse dos propósitos do trabalho. Tal dinâmica flexível não compromete o cumprimento dos objetivos previstos e sim facilita a construção de um diálogo verdadeiramente recíproco (GATTI, 2005).

O primeiro grupo reunido contou com seis trabalhadores, uma moderadora, uma observadora e uma anotadora. Foi gravado em áudio, transcrito e transformado em narrativa pela autora. Visando à maior fidelidade das informações, optou-se pela realização de uma segunda etapa de campo, em que a primeira narrativa foi lida a um grupo de quatro auxiliares e técnicos do mesmo serviço, sendo por eles validada. Embora construído pelo pesquisador, o texto teve por alicerce as opiniões discutidas pelos sujeitos da pesquisa e retornou a eles, reforçando a idéia de que um sentido maior e mais abrangente pode ser resgatado por meio de uma postura pautada na bilateralidade e efetivada no laço social (Onocko Campos, 2005-b).

O segundo grupo foi conduzido pela mesma moderadora – autora do projeto – e contou com uma observadora – orientadora da pesquisa. Seguiram-se nova transcrição e construção de narrativa, com aprofundamento de questões e desdobramento de outras. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição e cada um dos sujeitos envolvidos autorizou o uso das informações gravadas, desde que mantido o sigilo de suas identidades. Foram critérios de inclusão nos grupos:

- Exercer função de auxiliar ou de técnico em enfermagem no CAPs escolhido;
- Trabalhar no serviço há pelo menos seis meses;
- Ter interesse em colaborar com a pesquisa.

A metodologia utilizada para análise sustenta-se na abordagem hermenêutico-crítica, proposta por Ricoeur (1994), segundo a qual os textos construídos a partir do material coletado em campo são propícios para o estudo de conceitos, de práticas e para a elaboração de linhas interpretativas. A análise é permitida pela observação de que a distância necessária entre fato e interpretações é inerente à existência textual. Dessa forma, se há intermédio da linguagem verbal, é porque o fato não mais está situado em sua circunstância de ocorrência, mas em algum lugar do passado. É por meio de um tempo (distância efetual), portanto, que ele se revela e seu retorno à luz da razão faz parte de um movimento de instância interpretativa.

A partir de uma revisão do modelo aristotélico de *mimese*, Ricoeur (1994) define três estágios, sucessivos e contínuos, em que pode se basear o movimento reconstrutivo da experiência por meio da mediação do texto. Do emaranhado de intrigas em que está mergulhada a vida real (*mimese I*) emergem narrativas, cujo registro escrito (*mimese II*) pode ser entendido como o intermediário entre a vida redundante e a vida revisitada (*mimese III*). A leitura da primeira narrativa permitiu que os sujeitos da pesquisa reconhecessem seu discurso e refletissem sobre suas ações, de maneira que o círculo metodológico não se tornasse vicioso, já que passa pelo mesmo ponto sempre em uma altitude diferente em termos de entendimento.

Utiliza-se ainda a filosofia de Gadamer (1997), em cujo fundamento não se prevê eliminar a influência do pesquisador para o ato da pesquisa, mas iluminar seus preconceitos

no movimento analítico. O grupo surge a partir da iniciativa do pesquisador, porém acredita-se que a abordagem gadameriana é suficiente para que haja natural convergência de conveniências múltiplas. Nesse sentido, a aplicação estará sempre pressuposta pelo próprio ato de pesquisar, uma vez que o questionamento levantado pelo pesquisador e a predisposição dos sujeitos a participarem da pesquisa por si só denunciam a pertinência do tema.

O objetivo do estudo emana no bojo da confluência entre os programas de saúde coletiva e mental. Para Gadamer (1997), o destaque do objeto só é possível pelo seu contraste com aquilo de que é destacado. Ao ser eleito, ele se projeta à maneira de uma escultura em alto-relevo, isto é, seu plano de fundo é parte integrante e fundamental da obra. Utilizando-se dessa concepção, torna-se possível supor que aquilo que foi narrado é composto da mesma substância das “histórias não ainda narradas” (Ricoeur, 1994), ou seja, é uma representação qualitativa de uma realidade subjacente. As histórias estão inseridas no contexto dos CAPs de Campinas, que por sua vez incluem-se nos serviços de saúde pública brasileiros.

Resultados

A desvalorização do trabalho pelos colegas da equipe, decorrente da ausência de reconhecimento de sua competência, foi apontada como principal desencadeante de sofrimento. Conflitos relacionados à hierarquia levam estes profissionais a acreditarem que sua experiência advinda de amplo contato diário seja descartada, pelo fato de não terem

nível superior de estudo. Esse fator os desestimula a compartilhar seus saberes e provoca uma queda em sua auto-estima.

Outra repercussão é descrita como uma resistência da equipe a considerar o encaminhamento de pacientes para o hospital geral ou mesmo conseguir uma reavaliação pelo psiquiatra responsável de um ponto de vista clínico ampliado. Tal dificuldade faz com que muitos pacientes sofram por problemas não psiquiátricos e posterga diagnóstico e tratamento adequados. Essa postura favorece a medicalização, pois referem que às vezes são testados inúmeros psicotrópicos a fim de que se excluam todos os diagnósticos relativos à Saúde Mental antes que se faça uma internação – dado que faz vislumbrar um verdadeiro paradoxo produzido pela Reforma Psiquiátrica. Relataram-se casos variados: pneumonia avançada, neoplasia de medula, crises desencadeadas por medicalização. Problemas clínicos que, na análise dos auxiliares e técnicos, foram subestimados e seus sintomas considerados alucinações.

Conflito com a equipe também é estabelecido quanto ao fato dos auxiliares e técnicos discordarem da liberação de pacientes em leito-noite para projetos externos. Consideram que se o paciente está internado, é porque está em risco: se ele estivesse apto para sair sozinho, também estaria para ir para casa. No entanto, é comum que seja dada essa permissão pela equipe graduada, o que é particularmente problemático nos casos de usuários de drogas. Muitas vezes medicados e sob responsabilidade da enfermagem para acompanhamento mais rigoroso, estão ausentes quando procurados para controle, sendo recorrentes casos em que usam outras drogas antes de retornarem ao CAPs.

O fato de o trabalho noturno ser restrito a esses profissionais trouxe à tona a discussão da responsabilidade pelo paciente recair integralmente sobre eles durante esse

turno. Verificaram-se progressos entre a realização dos dois grupos: duas enfermeiras foram contratadas e trabalham em algumas noites, embora auxiliares e técnicos continuem sozinhos na maioria das vezes. É pertinente ainda a questão da estrutura física dos CAPs favorecer riscos a acidentes, já que há muitos vidros em janelas e portas, sendo narrados casos em que funcionários tenham se cortado na tentativa de socorrer pacientes que os quebraram.

Destaque foi dado à dificuldade de cooperação com familiares, o que causa dor aos profissionais à medida que impede ou dificulta o progresso do tratamento, por conseguinte, provocando uma sensação de inutilidade das ações implementadas. Quanto a esse aspecto, sugeriu-se o desenvolvimento de um projeto que incentive e apóie mudanças jurídicas no sentido de dar maior autonomia aos pacientes para decidirem a utilização do benefício financeiro, que tende a ficar com familiares que não o assistem. No segundo encontro realizado, ponderou-se que a forma de organização do trabalho nos CAPs não é favorável para um adequado acompanhamento familiar: seria necessário um programa institucional que estabelecesse a divisão de responsabilidades de forma a integrar à rotina a visita domiciliar, sem que se prejudiquem os serviços de atendimento à demanda e à emergência.

Todos os participantes afirmam trabalhar na atividade por inclinação e livre escolha, mostrando-se confortáveis quanto a seu papel profissional, embora relatem formação deficiente, compensada pela rica experiência adquirida no dia-a-dia. Narraram-se episódios geradores de desgaste e sofrimento – a maioria situada na época em que começaram a trabalhar no CAPs – e cuja angústia foi superada sem ajuda terapêutica, pois afirmam que a classe não possui condições financeiras para tal. Essas situações foram consideradas determinantes de amadurecimento pessoal; outras fazem parte da rotina e foram descritos

casos que geraram sensibilização ao trabalhador. Faz-se pertinente também o tema do excesso de carga horária a que estão sujeitos esses profissionais e do salário incondizente com a atuação profissional: cumprem uma jornada de trinta e seis horas semanais; enquanto a jornada dos graduados é de vinte a trinta horas.

As narrativas também tornam públicas formas afirmativas postas em prática no manejo das experiências. Apesar do trabalho em Saúde Mental ser considerado maior do que em outras áreas, é visto como uma lição de vida. Os profissionais contam que nele aprenderam a valorizar as pequenas coisas e a mudar seus valores, além de preferirem o CAPs ao hospital. Quanto a isso, é de extrema importância esclarecer que consideram os problemas de trabalho nos CAPs menos acentuados que em outros locais nos quais já trabalharam – Centros de Saúde, hospitais gerais, hospitais psiquiátricos. Exceção é dada à questão de universalidade e comprometimento dos familiares, cujo progresso percebem maior nos Centros de Saúde. No entanto, pelo avanço que o CAPs representa à atenção, crêem que muitos dos entraves poderiam estar superados. Sofrem, sentem tristeza, angústia, impotência; amadurecem, aprendem que não podem fazer tudo, descobrem que há limites para o alcance de suas intervenções.

Discussão

Do sujeito/objeto à intersubjetividade: a escolha das experiências narradas a evidenciaram como significativas e as repercussões de sua exposição – transformada em narrativa pelo registro do pesquisador – não se descolaram do sujeito que as vivenciou, obrigado que foi a refletir sobre ela. Esse processo ainda as coloca sob o crivo do exame de

qualquer leitor, formando-se um fractal de representações analíticas. Poder-se-ia pensar que a clareza buscada em uma dissertação – com encadeamento lógico previamente determinado e seu cunho abstrato e explícito – viria ao encontro do desejo de objetividade, em geral acoplado à epistemologia hegemônica, cujo foco é dirigido há muito por valores cartesianos consagrados e derivados da ideologia positivista – ou ao menos influenciados por ela (Adorno e Horkheimer, 1997; Habermas, 1968). Tal concepção pode ser abalada quando se consideram as dificuldades de qualquer sujeito em expor, analisar, julgar e concluir sobre suas próprias experiências. Narrá-las pode tornar tais vivências mais ambíguas ou indefinidas, em contraste com a possibilidade do registro simples de uma das explicações arbitrariamente eleitas, mas é essa abertura mesma que potencializa sua verossimilhança e abre perspectivas de deslocá-las de sua individualidade e restrição para uma esfera de problemáticas gerais. Tal movimento é determinado pela passagem do concreto do fato ao abstrato da interpretação. Agora, todavia, esta não está mais presa pela conclusão prévia, mas abarca uma infinidade de caminhos em que se tangenciam verdades pessoais e contribui para despi-las de seu caráter definitivo e irrevogável.

Do subjetivo ao objeto do planejamento: as narrativas de fenômenos vivenciados não são, todavia, isentas de pretensões: das inúmeras experiências diárias, algumas foram escolhidas pelo profissional para serem narradas. Por outro lado, estava presente o pesquisador levando consigo sua predicação. Deste rol de liberdades, o ato de eleger uma história torna-se também, e sobretudo, a eleição de pontos de vista a serem evidenciados, por estarem enovelados à história priorizada. Surge com isso uma travessia da existência inexorável a uma outra, susceptível de intervenção – poder-se-ia inferir, do existencialismo à metodologia não fenomenológica. A liberdade decorrente da escolha da ação é mediada

pelo conhecimento de efeitos da prática em situações análogas e, portanto, já não pode ser imparcial. Somam-se estratégias construídas a partir dos eventos anteriores e o tempo demandado para que se resolvam questões complexas poderá ser menor, ao passo que o nível de reflexão e conseqüentemente a amplitude da abordagem tendem a elevar-se – assim como o conjunto dos conhecimentos disponíveis para que se planejem formas de agir em cada conjuntura. Dessa forma, ainda que as histórias narrassem um inferno vivenciado entre quatro paredes, o signo das palavras pôde suscitar-se como instrumento de análise e o resultado é o apontamento de saídas ou a compreensão da possibilidade de buscá-las. À situação impõem-se novas verdades e métodos.

Da tessitura da intriga: a dificuldade decorrente da hierarquia mostrou-se principal obstáculo para que potenciais contribuições de trabalhadores da mesma equipe pudessem ser aproveitadas de forma útil na solução dos problemas. Há necessidade de atos que incentivem maior escuta entre os profissionais e favoreçam o respeito às opiniões de auxiliares e técnicos de enfermagem sobre seu campo, ainda que permaneçam questões cuja decisão final caiba a profissionais de nível superior – por ser este seu núcleo de trabalho. Levanta-se a problemática da responsabilidade pelo plantão noturno como algo que precisa ser reavaliado, tanto porque a integralidade da assistência nesse período mostra-se comprometida, quanto pelo fato de que, em circunstâncias de emergência, auxiliares e técnicos são chamados a executar procedimentos que fogem de sua capacitação.

Ademais o dilema acerca de se o paciente em leito e sob a responsabilidade da equipe deve permanecer no serviço ou sair, acompanhado ou não de um funcionário, está no âmago da concepção de CAPs. O serviço substitutivo prevê o uso de leito noturno ainda que o paciente não se encontre em risco, como recurso terapêutico para determinados casos.

Quanto a isso, ressalta-se que cada paciente precisa ser tomado em sua individualidade e de forma imparcial pela equipe. Significa, portanto, que um graduado pode em determinadas circunstâncias autorizar a saída do paciente, contudo considerando sua situação – se foi medicado, quão grande pode ser o risco de deixá-lo sair – e para tal, precisará ao menos informar-se com a equipe de enfermagem acerca dos medicamentos que foram administrados. Entretanto, vale destacar que esse equívoco de identificar leito-noite e internação clássica foi uma exceção no discurso dos auxiliares e técnicos, que se mostraram bastante engajados aos preceitos da Reforma Psiquiátrica.

O modelo de trabalho em Centros de Saúde que implantaram o Programa Saúde da Família é uma deixa para constatar-se que, apesar da demanda e do atendimento dispensado às emergências, é possível que se realizem visitas domiciliares de forma sistemática. Os profissionais avaliam que o tratamento psiquiátrico de pacientes com apoio familiar evolui de forma consideravelmente melhor; por outro lado, a dificuldade de trazer o familiar para o CAPs é grande. Salientam-se assim as vantagens de os trabalhadores estarem inseridos na rede social e familiar para que esses laços sejam resgatados. Com relação à estrutura física do CAPs, salienta-se que um equipamento que tem por objetivo a reinserção social deve se caracterizar como um microcosmo da sociedade, de forma que não seria recomendada a retirada dos objetos de vidro e sim sua substituição por vidros temperados, por exemplo.

Merece destaque a necessidade de que recebam melhores salários, além de que seja criado algum tipo de auxílio institucional no sentido de amenizarem-se as dificuldades subjetivas próprias do trabalho em Saúde Mental. Enfim – porém não menos importante –, torna-se urgente refletir sobre as implicações que repercutem da forma como o avanço da Reforma Psiquiátrica tem sido avaliado, a saber, medindo sua efetividade por meio da

quantificação do número de internações ou de encaminhamentos para serviços de saúde externos. Cumpre lembrar que reduzir esses números a custo de abdicar-se de um tratamento eficaz apenas disfarça limites clínicos, embaçando seus reais méritos. Preconiza-se como essencial que se estabeleçam novos parâmetros e/ou indicadores que reflitam a evolução da Reforma sem que o processo avaliativo se converta em empecilho para seu progresso.

Retoma-se aqui o fato de o campo ter sido realizado em apenas um CAPs, de forma que é inegável que haja limites. No entanto, prefere-se denominar *limite* em vez de *viés* a constatação de que talvez haja fatores diferentes – e até mais importantes – nas “narrativas não ainda narradas” dos profissionais de outros CAPs. A diferença de terminologia justifica-se pelo fato de que se é verdade que muito ainda poderia ser dito, é também incontestável que as questões valorizadas neste trabalho – por apontarem problemas superáveis pelo planejamento – servem como norte para aprimorar os equipamentos de forma geral. Tome-se como exemplo a estrutura física dos serviços: se todos fossem desenhados de antemão para que riscos fossem minimizados, os funcionários de determinado CAPs que virtualmente nunca tenham sofrido acidente de trabalho também seriam beneficiados, pois a medida teria a potencialidade de evitar problemas futuros. Acrescente-se o fato de que houve quem estivesse presente apenas na segunda rodada da discussão e reconheceu o discurso como legítimo, atribuindo-o a colegas que não participaram de nenhuma das fases do projeto.

À Guisa de Conclusão

Os CAPs do tipo III constituem-se equipamentos de saúde ímpares e requerem um planejamento estrutural condizente com sua complexidade. Devem ser tomados como pré-requisitos quando de sua abertura:

1. Regulamentação institucional que favoreça horizontalidade de poder;
2. Distribuição de tarefas que propicie universalidade;
3. Discernimento de sua natureza pertencente à Rede – cuja acepção da palavra já deveria pressupor-lhe um caráter interligado;
4. Composição profissional de forma que efetivamente se realize assistência integral em todos os turnos;
5. Estrutura física apropriada para que se minimizem riscos;
6. Suporte clínico para seus profissionais;
7. Salários adequados.

Os dois primeiros critérios e, em parte, o terceiro resvalam ainda na concepção do pessoal especializado acerca do núcleo de suas funções e dependem, portanto, do quão dispostos cada um estará para aceitar/desejar mudanças em nome do desenvolvimento conjunto. Concernem, portanto, ao perfil do trabalhador a ser contratado e ao modelo de sua formação profissional. Recomenda-se que se priorizem funcionários com a clareza da extensão de suas responsabilidades técnicas e com a confiança necessária para que sugestões pertinentes sejam consideradas. Não se nega aqui a importância e utilidade da hierarquia em uma instituição, mas da discussão transparecem danos cotidianamente decorrentes do uso da autoridade para além da escala de benefícios na qual sua existência se fundamenta.

Conclui-se acertada a escolha pelos sujeitos da pesquisa, já que as questões foram abordadas de forma original e diferenciada pela categoria de profissionais. As cerca de quatro horas de discussões gravadas, cinquenta e uma páginas transcritas e posteriormente compiladas em nove páginas de narrativas evidenciaram, de forma inequívoca, que a grande maioria do que foi dito não o seria se estivessem presentes outros atores durante as sessões. Para além disso, a liberdade da forma como foram abordados os problemas estaria comprometida de forma integral.

Crê-se que os relatos trazem à tona aspectos individuais do relacionamento humano, cuja singularidade não exclui questões universais do fenômeno social envolvido na relação subjacente da assistência nos CAPs. Por meio de múltiplas releituras, possibilita-se uma travessia da existência inexorável a uma outra, passível de intervenção. As narrativas constituem assim a vinda à linguagem de uma porção de mundo constituída por práticas “não ainda narradas”, no dizer de Ricoeur, e a pesquisa torna-se dispositivo para dar voz àqueles que nem sempre são ouvidos.

Referências bibliográficas

ADORNO, T.W. e HORKHEIMER, M. – *Dialética do Esclarecimento: fragmentos filosóficos*. Tradução de Guido Antonio de Almeida – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997, 254p.

AMARANTE, P. e TORRES, E.H.G. – A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, 25(58):26-34, 2001.

BRASIL – Portaria 224/92. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Brasília: Diário Oficial da União, 1992.

BRASIL, Ministério da Saúde: pesquisa de cadastramento dos Centros de Atenção Psicossocial do Brasil. Relatório Preliminar, 2002. (Extraído do site do Instituto Franco Basaglia, <http://www.ifb.org.br>)

BRASIL, Ministério da Saúde/ Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Mimeo, 2003.

CAMPOS, F.C.B. – O modelo da Reforma Psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos. Tese de doutorado: Faculdade de Ciências Médicas, Depto. de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, 2000.

CAMPOS, G.W.S. – *Gestion em salud, em defesa de la vida*. Tradução de Asia Testa. Buenos Aires: Lugar Ed., 2001, 253p.

GARCIA, C. – Psicanálise, Psicologia, Psiquiatria e Saúde Mental: Interfaces. Belo Horizonte: Oficina de Arte&Prosa, 2002, 187 p.

GADAMER, H-G – *Verdade e Método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Tradução de Flávio Paulo Meurer – Petrópolis: Editora Vozes, 1997, 731p.

GATTI, B.A. – *Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas*. Brasília: Líber Livro Editora, 2005, 77p. Série Pesquisa em Educação, 10.

HABERMAS, J. – *Ciencia y técnica como “ideología”*. Madrid: Editora Tecnos, 1968.

ONOCKO CAMPOS, R. & AMARAL, M. – “Cândido Ferreira: experimentando uma mudança institucional” in Merhy, E.E. & Onocko Campos, R. *Agir em saúde: um desafio para o público*, São Paulo: Hucitec, 1997, 385p.

ONOCKO CAMPOS, R. – *O planejamento no divã ou análise crítica de uma ferramenta na gênese de uma mudança institucional*. Dissertação de mestrado, Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social/FCM/Unicamp, 1998.

ONOCKO CAMPOS, R. – Reflexões sobre o conceito de humanização em saúde. *Saúde em Debate*, 27(64):123-130, 2003.

ONOCKO CAMPOS, R. – O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciência&Saúde Coletiva* 10(3), 2005-a.

ONOCKO CAMPOS, R. – Pesquisa qualitativa em Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde Coletiva. In: Barros, N.F.; Cecatti, J.G.; Turato, E.R. *Pesquisa Qualitativa em Saúde – Múltiplos Olhares*. Campinas: Editora Unicamp, 2005-b.

RICOEUR, P. *Tempo e narrativa*. Tomo I. Tradução de Constança Marcondes Cesar. Campinas: Papirus, 1994.

WESTPHAL, M.F.; BÓGUS, C.M. & FARIA, M.M. – Grupos Focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Boletim da Oficina Sanitária do Panamá*, 120(6): 472-482, 1996.