

PSICÓLOGOS NO PROCESSO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA: PRÁTICAS EM DESCONSTRUÇÃO?

André Luis Leite de Figueiredo Sales^{*}
Magda Dimenstein[#]

RESUMO. Esse trabalho é resultado de uma investigação realizada com psicólogos da rede de CAPS do município de Natal/RN. Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo feita a partir de entrevistas semiestruturadas e observações sistemáticas orientadas por um olhar cartográfico. Os focos da investigação foram: a relação entre a formação acadêmica recebida nos cursos de graduação e as demandas de trabalho, e um mapeamento das atividades realizadas no cotidiano dos serviços. No primeiro eixo encontrou-se um distanciamento entre os conteúdos discutidos na universidade e as questões presentes no cotidiano do serviço, apontando para as fragilidades da formação dos profissionais para atuação nestes espaços. As principais atividades realizadas foram: acolhimento dos usuários, triagens, coordenação e participação de oficinas diversas, grupos operativos e terapêuticos, além de atendimentos individuais, sendo esse último alvo de análise.

Palavras-chave: Psicólogos; formação profissional; trabalho em saúde.

PSYCHOLOGIST IN THE PSYCHIATRIC REFORM PROCESS: DECONSTRUCTION PRACTICES?

ABSTRACT. This work is the result of an investigation conducted with psychologists of the CAPS network in the municipality of Natal/RN. It is a qualitative study that utilized semi-structured interviews and systematic observations with a cartographic perspective. The investigation focused on the relation between the academic formation obtained in the undergraduate courses and the work demands, and on the mapping of the daily activities conducted in the service settings. In the first point of focus, a distance was observed between the contents discussed in the university and the questions presented in the service environment, indicating weaknesses in the formation of health professionals for practice settings. The main activities conducted were: reception of service users, triage, coordination of, and participation in, diverse workshops and operational therapeutic groups, and individual assistance, with the latter being the focus of analysis.

Key words: Psychologists; professional formation; health work.

PSICÓLOGOS EN EL PROCESO DE LA REFORMA PSIQUIÁTRICA: PRÁCTICAS EN DESCONSTRUCCIÓN?

RESUMEN. Ese trabajo es resultado de una investigación hecha con psicólogos de la red de CAPS de la provincia de Natal/RN. Es una investigación cualitativa hecha a partir de una entrevista estructurada y observaciones sistemáticas orientadas por una perspectiva cartográfica. Los ejes de análisis fueron: la relación entre formación académica recibida en los cursos de grado y las demandas de trabajo, y una identificación de las actividades hechas en el cotidiano de los servicios de salud. Hay problemas en relación a los contenidos discutidos en la universidad y las cuestiones del cotidiano indicando una fragilidad de la formación de los profesionales para actuación en estos espacios. Las principales actividades son: recepción de los usuarios, coordinación y participación en oficinas, grupos operativos y terapéuticos, además de las consultas individuales, que fueron foco de análisis.

Palabras-clave: Psicólogo; formación profesional; trabajo en salud.

O presente trabalho visa discutir os resultados de uma investigação realizada com psicólogos da rede de

CAPS do município de Natal. Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo feita a partir de

* Psicólogo pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista de IC/CNPq/PIBIC.

Doutora em Saúde Mental. Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

entrevistas semiestruturadas e observações sistemáticas orientadas por um olhar cartográfico (Andreoli, Costa, Ribeiro, Giacomel, Kirst, 2003). Buscamos conhecer como tais profissionais estão vivenciando o cotidiano desses serviços e nos propomos a pensar o lugar da psicologia enquanto um dos saberes convocados a trabalhar em favor da efetivação de mudanças no modelo manicomial de assistência.

No fim da Segunda Grande Guerra Mundial se intensificaram por todo o mundo movimentos de contestação do modelo asilar predominante em termos de assistência aos portadores de transtorno mental (Amarante, 2003). Dentre esses movimentos, destaca-se a Psiquiatria Democrática Italiana, cujo ideário influenciou sobremaneira a construção da proposta de reforma no Brasil. As propostas terapêuticas postas em ação por Franco Basaglia na Itália visavam abolir os métodos de tratamento dotados de caráter coercitivo e violento, bem como implementar ações de restituição dos direitos civis dos loucos. O pressuposto era o de que um tratamento eficaz precisaria reinseri-los no jogo das relações sociais (Amarante, 2003). A mudança no foco do tratamento acabou trazendo à tona a vinculação entre produção da “doença mental” e questões de ordem jurídica, policial e socioeconômica (Castel, 1978; Foucault, 2005).

No contexto nacional a revisão do paradigma psiquiátrico de assistência à saúde mental esteve atrelada às reivindicações da reforma sanitária, com o engajamento dos profissionais de saúde e da sociedade civil na busca da construção de um conjunto de políticas públicas que assegurassem a saúde da população (Amarante, 1995). Essas lutas sociais culminaram na criação do SUS e na aprovação de uma legislação específica que visava orientar a desconstrução do modelo manicomial vigente no Brasil.

A instrumentalização da mudança do modelo de assistência psiquiátrica tem se dado principalmente por via dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Trata-se de unidades de atendimento em saúde que oferecem aos seus usuários um programa de cuidados intensivos, elaborado por uma equipe multidisciplinar. A proposta do Ministério da Saúde (MS) para esse serviço específica, em relação aos usuários,

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 (MS, 2004; p.12).

A consolidação desses serviços tanto em âmbito nacional quanto estadual é uma realidade, conforme pode ser visto nos dados do Ministério da Saúde (2007). Em 2002, a quantidade total de CAPSs existentes no país totalizava 424 unidades – sendo seis no Estado do Rio Grande do Norte. Ao final de 2006, o número total já chegava a 1001 no país, e em âmbito estadual somavam-se 21 CAPSs. Esse serviço se encontra em uma posição privilegiada para efetivar a mudança no modelo de assistência, na medida em que também cabe ao CAPS

Assumir seu papel estratégico na articulação e no tecimento dessas redes, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: socio sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas etc. (MS, 2004; p. 12).

Uma análise dos dados apresentados no relatório de Gestão da Coordenação Nacional de Saúde Mental no período de 2003-2006 (MS, 2007) mostra com que força se tem apostado nos serviços extra-hospitalares como via de implementação da reforma psiquiátrica no país. Em 1997, 93,14% dos recursos destinados ao Programa de Saúde Mental eram empregados em gastos hospitalares, restando apenas 6,86% para todos os demais serviços¹. Ao longo dos últimos três anos estes recursos foram progressivamente deslocados, tendo em 2006 os gastos com os recursos extra-hospitalares atingido 51,33% do total investido. Os crescentes gastos com as APACS – autorização para procedimento de alta complexidade -, elemento importante no financiamento dos CAPSs, deixam ainda mais clara a importância que tem sido dada a estes serviços. Em 2006, mais de cento e cinquenta milhões de reais foram empregados para pagar tais procedimentos, montante que corresponde a 18,93% de todos os recursos dispensados para o programa de uma forma geral. Em Natal, as ações em saúde mental desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) estão:

¹ Incentivos financeiros destinados aos CAPSs, residências, inclusão social pelo trabalho, qualificação para o CAPS, além dos procedimentos ambulatoriais, medicamentos, hospitais-dia, convênios e o Programa de Volta para Casa.

Alicerçadas nas diretrizes da reforma psiquiátrica nacional, garantindo dispositivos assistenciais para clientela dessa linha de cuidado, através de uma rede articulada de serviços a partir da atenção básica, Centros Psicossociais – CAPS, residência terapêutica, leitos em hospitais gerais e ambulatorios (SMS, 2007, p. 53).

O Plano Municipal de Saúde de Natal (SMS, 2006) estabelece como metas estratégicas a serem alcançadas nos próximos três anos

A expansão da rede extra-hospitalar, buscando ampliar a rede de Saúde Mental em 100%, reestruturar 50% dos serviços existentes, criar leitos de observação para urgências psiquiátricas em cada pronto atendimento, ampliar em 100% os leitos psiquiátricos em Hospital Geral e implementar o serviço de urgência móvel psiquiátrica. Além disso, serão implantados os projetos das Oficinas Itinerantes de Arte e Saúde Mental e de Apoio Matricial às unidades básicas de saúde (p.30).

Atualmente estão em funcionamento no município dois CAPSs II, dois CAPSad's, um CAPSi, um ambulatório, uma residência terapêutica e um APTAD², distribuídos entre os cinco distritos sanitários da cidade. Embora sejam notórios os avanços no campo da reforma, sabemos que ainda são muitos os impasses que precisam ser vencidos a fim promover cuidado em liberdade para aqueles que por tanto tempo foram condenados ao isolamento e à exclusão. Alverga e Dimenstein (2006) apontam como problemáticos:

A forma de alocação dos recursos financeiros do SUS e suas repercussões no modelo assistencial proposto para os serviços substitutivos; aumento considerável da demanda em saúde mental (...) diminuição importante, mas ainda insuficiente, dos gastos com internação psiquiátrica (...); fragilidade em termos de abrangência, acessibilidade, diversificação das ações, qualificação do cuidado e da formação profissional, bem como um imaginário social calcado no preconceito/rejeição em relação à loucura (p.300).

É, principalmente, no que tange à diversificação das formas de assistência que tem sido oferecidas e no trabalho

² APTAD - Ambulatório de prevenção e tratamento do tabagismo, alcoolismo e outras drogadições. Realiza o atendimento preventivo e tratamento de dependência química para usuários a partir de 14 anos, promovendo também, orientação para os familiares (Natal, 2007, p. 54).

visando à mudança das relações entre a sociedade e loucura que esse artigo se propõe a discutir as práticas dos psicólogos na rede de saúde mental do município de Natal. Essa discussão se justifica não só pelos desafios enfrentados na construção de projetos políticos terapêuticos para efetivar a desinstitucionalização, mas também pelas constantes críticas dirigidas à atuação dessa categoria profissional nos serviços públicos de saúde.

Um levantamento da bibliografia acerca desses profissionais nesse campo nos mostra que a sua atuação está pautada em um modelo de atendimento predominantemente clínico e preferencialmente individual, com pouca ênfase na realidade sociocultural de onde os usuários provêm, bem como nas peculiaridades decorrentes disso. Outras questões apontadas são a falta de articulação da prática com as demandas sociais e dificuldades em relação o trabalho multidisciplinar (Benevides, 2005; Dimenstein, 2001 e 2004; Lima, 2005). Sendo assim, interessou-nos mapear as ações que esses profissionais têm desenvolvido cotidianamente nos CAPSs. Especificamente, propusemo-nos pensar as relações entre as práticas e as ideias que norteiam a reforma; conhecer sua formação acadêmica e a forma como se percebem enquanto trabalhadores do campo da saúde mental, de modo a traçar, pela via da inspiração cartográfica, um mapa de como esses elementos produzem os territórios onde se concretiza o trabalho.

PERSPECTIVA METODOLÓGICA

O trabalho de pesquisa no campo da saúde coletiva é algo que impele o pesquisador a explorar a sua criatividade e as diversas formas possíveis de interagir com o campo, e acessá-lo em sua dimensão de trabalho vivo tal como pensado por Merhy³.

³ Merhy (2002) utiliza a noção de trabalho vivo e trabalho morto para pensar os atos produtivos humanos tanto em sua dimensão de produção de materiais e artefatos – como um sapato ou uma bicicleta – como também para problematizar a dimensão das relações interpessoais. O trabalho morto seria aquele oriundo de ações anteriores na quais foi produzido conhecimento, saber, tecnologia e que hoje se colocam como parte de um dado ato produtivo e pressupostos orientadores para realizá-lo. Já o trabalho vivo seria aquele no qual o trabalhador executaria um ato intencional e criador a partir das diversas combinações possíveis que lhe são permitidas pelo acúmulo das tecnologias e saberes oriundos dos trabalhos mortos anteriores. Seria o momento no qual, tendo consigo uma intenção implícita ou explícita, aquele que age tem diante de si a oportunidade de agenciar algo, algo que não estava posto. Ou que mesmo que já o estivesse isto agora poderá ser feito de modo particular, singular e próprio daquele que realiza a ação.

Construir conhecimentos tendo em vista os inúmeros determinantes políticos, sociais e ideológicos que perpassam esse campo é uma tarefa complexa, cabendo ao pesquisador inventar tanto seu arsenal metodológico quanto sua forma de estar em campo (Silveira, 2003). Nesse sentido, o olhar cartográfico pode contribuir para problematizar a construção de conhecimento nessa área. Nessa perspectiva busca-se traçar um mapa das diversas linhas que compõem um dado território existencial. A cartografia se contrapõe “a uma topologia quantitativa que categoriza o terreno de forma estática e extensa” (Andreoli, Costa, Ribeiro, Giacomel, Kirst, 2003, p.92), propondo outra “de cunho dinâmico, que procura capturar intensidades, ou seja, disponível ao registro do acompanhamento das transformações decorridas no terreno percorrido e à implicação do sujeito percebido no mundo cartografado” (op.cit, p.92).

É preciso ressaltar que a cartografia não é uma metodologia de pesquisa como esta se entende usualmente. Trata-se bem mais de uma disposição do pesquisador, de um modo de conceber, de elaborar questões e discutir os efeitos do seu encontro com seu campo. Sendo assim, caberia ao cartógrafo tentar construir conhecimentos a partir de um referencial ético-estético-político, valorizando os afetos, localizando virtualidades e acreditando na inseparabilidade do par sujeito pesquisador/objeto da pesquisa. Cartografar é, pois, uma tentativa de apreensão do mundo em sua dimensão de força, e não de forma, tentando preservar ao máximo o processualidade da realidade (Kastrup, 2007).

As ferramentas através das quais foi viabilizado o nosso encontro com o campo foram entrevistas semiestruturadas e observação participante. A função da entrevista foi servir de elemento disparador para uma conversa a partir da qual fosse possível captar com maior liberdade a forma como o profissional se posicionava em relação às questões levantadas pela pesquisa. O nosso pressuposto para isso era que o acesso ao relato verbal de um sujeito acaba por dar visibilidade a uma construção de realidade que se dá de forma coletiva e compartilhada. No discurso de um é possível captar o jogo de sentido, valores, normas e ideias que perpassam o dia-a-dia do grupo ou da instituição (Silveira, 2003). Sobre a observação participante no nosso trabalho, buscamos aquilo que escapa às palavras, que vai além do dito, que se inscreve nas práticas mais simples e mais corriqueiras; ou seja, atentamos para tudo aquilo que faz parte do cotidiano dos serviços (as práticas, os movimentos) e compõe o cenário no qual estão inseridos os psicólogos que entrevistamos.

Nosso campo de intervenção foi constituído dos dois CAPSs II e dois CAPSs Ad localizados na cidade do Natal. Os participantes foram 10 psicólogos que compõem o quadro de técnicos desses serviços. Conforme já ressaltamos anteriormente, tais encontros foram norteados por um roteiro onde abordávamos quatro eixos temáticos, a saber: relação da formação acadêmica recebida nos cursos de graduação e as demandas dos serviços; mapeamento das principais atividades desenvolvidas; conhecimento dos princípios ordenadores da reforma psiquiátrica e autopercepção enquanto trabalhadores do campo da saúde mental. Vamos restringir nossa discussão aos dois primeiros eixos, em função dos limites presentes nas normas da revista em termos da extensão do artigo.

RESULTADOS

Formação acadêmica e atuação profissional: algumas interfaces

Encontramos um perfil profissional semelhante àquele descrito por Oliveira et al. (2004) em sua caracterização da psicologia no Estado do Rio Grande do Norte. Dentre os dez profissionais entrevistados, dois eram homens e oito mulheres, em sua maioria, formados pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Os quesitos área de estágio e direcionamento do currículo durante a graduação estão marcadamente voltados para o trabalho clínico com enfoque teórico da Psicanálise. O tempo de formação é superior a dez anos⁴.

Um dos pontos da entrevista visava conhecer as relações entre a formação e as práticas profissionais que hoje constituem as rotinas de trabalho. Observamos uma defasagem entre os conteúdos discutidos na formação e o que esses profissionais atualmente vivem e observam no seu cotidiano. Os participantes referem-se à graduação como o momento em que receberam apenas as bases para o trabalho. Afirmam que ela foi insuficiente especialmente pela ausência de conteúdos vinculados à saúde pública e à reforma psiquiátrica. Observamos, assim, uma fragilidade no que diz respeito à formação acadêmica desses profissionais para o trabalho específico nos serviços substitutivos.

O fator “tempo de formação” poderia justificar a ausência de tais conteúdos, pois no fim da década de 1980 e início dos anos 1990 a discussão sobre saúde

⁴ Apenas uma das entrevistadas não atende a este critério, tendo concluído a formação no ano de 2002 e ingressado na rede há pouco tempo via concurso público.

pública e reforma psiquiátrica ainda era muito incipiente, dado o pouco tempo de implementação do SUS e a pouca difusão da luta antimanicomial. Entretanto, o fato de ter profissionais formados em 2002 indica que não se trata de tempo, mas do não-acesso a essas discussões de forma sistemática e constante no curso de Psicologia da UFRN, já que se trata da instituição mais citada.

Quando eu tava na graduação o meu único contato com o CAPS e com o tema da reforma foi em uma visita a esse serviço. Agora, se os profissionais da saúde não têm conhecimento, você imagina o resto do povo. [E4]

A entrevistada, inclusive, refere que tal lacuna é um dos obstáculos para o avanço da reforma psiquiátrica e um indicativo da pouca difusão que as ideias do movimento têm alcançado na sociedade, na medida em que elas não estão sequer presentes nos cursos de formação dos profissionais que participam desses serviços. Diante disso, os profissionais precisam desenvolver algumas estratégias para orientar seu trabalho nos CAPSs. Mapeamos as seguintes: formação complementar voltada para a área específica; participação na construção dos próprios serviços, bem como de grupos de estudos sobre a reforma psiquiátrica em Natal junto à Secretaria Municipal de Saúde; participação em fóruns e capacitações para a abertura de CAPSs. Além disso, o interesse pessoal de cada profissional suscitado pela demanda do trabalho faz com que busque ampliar seu leque de conhecimentos, e a experiência adquirida ao longo do tempo vai orientando a proposição de novas estratégias de trabalho.

A literatura da área aponta que tal fragilidade é um dos maiores desafios a serem vencidos pela psicologia, tendo-se em vista a entrada cada vez mais frequente e numerosa dessa categoria no SUS (Bastos & Achcar, 1994; Boarini, 1996; Dimenstein, 2001 e 2004; Oliveira et al, 2004). Esses novos espaços de atuação pedem um profissional crítico, capaz de refletir sobre as condições socioeconômicas e culturais dos contextos onde trabalha e dos indivíduos reais - cujas problemáticas vão além daquelas propostas pelos modelos clínicos que norteiam suas práticas - e habilitado para o trabalho em equipe multidisciplinar (Lima, 2005; Ronzano & Rodrigues, 2006).

Esses autores, quando questionam o papel do psicólogo em um contexto como o SUS, caracterizam o trabalho de tais profissionais como tendo suas ações voltadas para a normatização das condutas e das ações e para a patologização e naturalização de problemas

sociais, e como sendo incapaz de dar respostas eficazes a parcelas significativas da população. As práticas são ancoradas em um discurso que assume uma posição de neutralidade, como se as pessoas, alvos de suas intervenções, não fossem sujeitos políticos em uma sociedade conflituosa. A inserção do psicólogo em contextos de luta como o da reforma psiquiátrica implica na desconstrução desses modos conservadores de atuação e a proposição de novos modos de trabalho.

Localizando historicamente alguns dos pilares que sustentam a cisão entre psicologia e política, Nascimento, Manzine e Bocco (2006) assim se expressam:

No início, quando começou a formar-se enquanto campo específico, [a psicologia] esforçou-se por atingir um status de objetividade e rigor, priorizando o psi cientista sobre o psi sujeito no mundo (na cidade, polis) na busca do ideal de ciência. Mais adiante, com o surgimento da psicanálise no fim do século XIX, insistiu-se na importância de que o analista estivesse desprovido de suas questões pessoais no atendimento (...). Desse modo, a psicologia foi fazendo uma trajetória na qual não parecia haver lugar para o psicólogo político, implicado com as questões de sua época (p.18).

Essa crença na neutralidade, tão cara a um saber que almejava se estabelecer dentro dos moldes da ciência positiva, norteia ainda hoje a ação de boa parte dos profissionais. Muitos perdem de vista seu papel normatizador dentro de uma sociedade onde o poder se exerce, dentre tantas formas, pela via da produção de subjetividades.

Na perspectiva que adotamos as subjetividades são entendidas “como algo que se faz, se desfaz e se refaz a cada instante, atravessada por uma multiplicidade de forças que, também a cada momento, se compõem, decompõem e recompõem” (Coelho, 2005, s/n). Para além de modelos estáticos, congelados e fixos, pensamos subjetividades dinâmicas, flexíveis, inventivas e diversas que vão se constituindo como um sistema complexo, heterogenético e distante do equilíbrio, sofrendo constantes bifurcações a partir dos diversos encontros com as várias forças que se apresentam na vida dos indivíduos (Rolnik, 1999).

Visando dar visibilidade à dimensão de produção subjetiva do trabalho do psicólogo, Nascimento, Manzine e Bocco (2006) apontam que “o fazer da psicologia não apenas acolhe sujeitos e formas de ser,

mas também produz subjetividades, reforçando ou questionando, favorecendo ou constringendo, em uma constante interferência com o plano político” (p.18). Já Romagnoli (2006) nos dá mais elementos para problematizarmos essa relação quando, pensando as práticas “psi” e partindo de elementos de análise foucaultianos, vem interrogar o lugar do especialista nas sociedades contemporâneas. Ela explicita o poder normatizador que os discursos e saberes dos mais diferentes campos disciplinares têm na sociedade, na medida em que ganham um estatuto de verdade. Assim, esses discursos e saberes acabam se configurando como uma “tecnologia de poder [que] tem como foco a vida dos homens e apresenta-se como positivo, no sentido de ser constitutivo, determinante, de participar ativamente da produção de subjetivação, (...) sujeitando-as a verdades normativas que prefixam suas vidas e suas relações” (p.09). Nesse sentido, Ferreira Neto (2006) chama a atenção para a crítica feita por Foucault ao intelectual universal, portador da verdade e da justiça, na medida em que representaria a consciência da classe proletária e não letrada. Avançando nessas ideias, o autor pontua que, atualmente, já não cabe aos intelectuais pensarem-se como portadores de uma verdade universal, mas,

Promover a conexão entre o saber erudito e o saber comum das pessoas, politizando a ação cotidiana de indivíduos e coletivos nos diversos espaços sociais. E nesse aspecto, importa menos a pessoa do intelectual e mais essa função promotora de agenciamentos (Ferreira Neto, 2006, p. 68).

O profissional de psicologia deveria ser capaz de fazer um diagnóstico do presente a partir do qual o indivíduo conseguisse não só atentar para aquilo que está posto enquanto materialidade concreta, mas também acessar a dimensão das virtualidades, dos possíveis, daquilo que ainda se encontra em uma dimensão de possibilidade.

Seguindo as linhas de vulnerabilidade da atualidade, em conseguir aprender por onde e como isso que existe hoje poderia não ser mais o que é na produção de subjetivações instituintes. Trata-se de buscar uma espécie de fratura virtual, que abre um espaço de liberdade (...) de transformação possível (Foucault, 1979 citado por Ferreira Neto, 2006, p. 70).

Trabalhando na perspectiva de buscar em seu cotidiano onde é possível agir para produzir interferências na vida das pessoas, para além das

cristalizações e adaptações às formas de subjetivação que estão postas, é dada à psicologia a possibilidade de sair do lugar de legitimador e normatizador do instituído.

Essa proposta é, sem dúvida, um compromisso político que aposta na criação e na mudança, em formas diversas de existência, de sociabilidade. Trata-se de afirmar as potências, as diferenças, as multiplicidades e possibilidades finitas e ilimitadas do homem, da sociedade, da psicologia e da política (Coimbra & Leitão, 2003, p.14)

Engajar-se em um projeto tão radical como esse é trabalhar na efetivação da Reforma Psiquiátrica na sua vertente de desinstitucionalização como defendida por Rotelli, Leonardis e Mauri (2001); é juntar forças para mudar o modo como temos convivido com a loucura e com a diferença.

Mapeamento das atividades realizadas

Foi solicitada aos profissionais uma descrição de um dia típico de trabalho. Com isso objetivávamos captar os principais movimentos na rotina do serviço. Identificamos os seguintes: acolhimento dos usuários, triagens e re-triagens, coordenação de oficinas diversas, participação em oficinas coordenadas por outros técnicos, grupos operativos, grupos terapêuticos e atendimentos individuais. Dois dos nossos entrevistados atuam como coordenadores dos serviços, sendo sua atribuição lidar com questões burocráticas e de logística do funcionamento do CAPS.

Na fala de todos os participantes há uma preocupação em demarcar o tom coletivo das atividades realizadas:

(...) é um trabalho de equipe onde a gente tem um intercruzamento dos saberes, ninguém se fecha no seu mundo, ninguém se fecha no seu saber, é, na verdade, uma prática cotidianamente construída (E1).

Os entrevistados ressaltam ainda que a maior parte das decisões sobre o funcionamento da instituição é tomada na reunião de passagem – encontro diário ao meio-dia em que a equipe passa as informações do turno da manhã para a do turno da tarde. Esse espaço também é usado para troca de informações, discussão de casos e planejamento das atividades.

Os atendimentos clínicos são realizados tanto a pedido dos próprios usuários do serviço quanto por recomendação da equipe. Nove dos dez profissionais

entrevistados referem-se aos atendimentos individuais nos moldes de uma escuta clínica tecnicamente qualificada como sendo a especificidade da atuação do psicólogo dentro da instituição. É preciso ressaltar mais uma vez que boa parte das críticas dirigidas à inserção dos psicólogos nos serviços de saúde pública refere-se ao fato de suas práticas serem eminentemente individuais e alicerçadas em modelos identitários, em teorias descontextualizadas. Dimenstein (2000), alertando-nos sobre os riscos de tais procedimentos, afirma que tal ação decorre do fato de que os profissionais psi

Partem de uma perspectiva universalista-essencialista em torno da natureza humana e de uma crença na eficácia intrínseca dos procedimentos psicoterápicos de qualquer natureza. Desta forma, ficam inabilitados para perceber que nem sempre esse arsenal teórico-técnico é adequado para as ações específicas do campo da assistência pública à saúde e para a clientela que frequenta estas instituições (p.111).

Ao longo das entrevistas, foi ficando claro que o olhar e escuta diferenciados, definidores da atuação do psicólogo, seriam fruto da apropriação de uma dada teoria a partir da qual fosse possível empreender a “análise psicológica dos movimentos psíquicos, de como a pessoa está internamente estruturada, de como tem se colocado diante da vida” (E8). Diante da importância atribuída à apropriação de um referencial teórico que oriente e sensibilize a escuta, tornou-se fundamental problematizarmos como tem se dado no dia-a-dia a prática clínica desses profissionais. Que modelos de subjetividade embasam tais perspectivas clínicas? Qual a clínica que tem sido desenvolvida no contexto da reforma?

No discurso dos técnicos há uma preocupação em demarcar que o atendimento realizado no serviço é diferente daquele que boa parte realiza em seus consultórios particulares. As razões apontadas para isso passam pela noção, oriunda dos anos de experiência profissional nos serviços públicos, de que o modelo de atendimento da clínica privada não se sustenta dentro da proposta do CAPS. As justificativas para tal inadequação foram de duas ordens. De um lado, havia a ideia de que o modelo clínico não respondia às demandas que eram apresentadas, sendo necessárias intervenções diferentes das da clínica tradicional; de outro, a ideia de que os usuários não se engajam no tratamento, de que são resistentes e que a dinâmica do serviço não permite a realização de atendimentos eficazes. Como exemplo da primeira

posição, temos a fala de uma das entrevistadas sobre sua ação ante uma crescente demanda de crianças com problemas de comportamento. Ao invés de procurar o problema em um âmbito individual, ela resolveu ir à escola, onde encontrou professoras despreparadas, crianças ociosas e um clima de total desorganização. Sua intervenção acabou sendo uma oficina de acompanhamento para as professoras, que findou por sanar o problema. Para exemplificar a segunda posição traremos a fala de um entrevistado:

Em saúde pública, você não pode fazer o trabalho que você faz no consultório, infelizmente, porque o serviço público requer uma dinamicidade muito maior do que aquela do consultório (E2).

Entender a dinâmica e as demandas específicas dos serviços públicos de saúde como um problema, na medida em que é preciso rever o arsenal teórico e metodológico hegemonicamente empregado pelo psicólogo, indica os embates enfrentados pela categoria profissional. Alguns se referem ao fato de que o cotidiano tem pressionado no sentido de rever tais posturas e de que fazer uma avaliação e autocrítica é fundamental ao trabalho clínico.

A clínica (...) não é estática, não é estaque, ela é dinâmica, é movimento. Toda hora está se transformando, trazendo novas informações, novos signos e te fazendo pensar sobre o que você está vendo. O que é possível pensar a partir das minhas teorias sobre isso que eu estou vendo? (...) Nem prática, nem teoria se sustentam por si só. Quando eu falo técnicas, estou falando de práticas, de teorias e de experiências do dia a dia. É viver, pensar, refletir e se perguntar a toda hora o que raios se está fazendo aqui (E7).

A dinamicidade do trabalho clínico força uma mudança nas concepções que sustentaram por muito tempo as intervenções junto aos portadores de transtornos mentais. Tais práticas já não devem ser norteadas por referenciais de normatização e adaptação, de silêncio e exclusão das diferenças, tão presentes ainda. Fonseca e Kirst (2004) denunciam as fragilidades do modelo clínico hegemônico ao mostrar que ele parte de bases e princípios epistemológicos que

Privilegiam a dicotomização entre sujeito e vida, consciente e inconsciente, interioridade e exterioridade, clínica e política. Fundado na crença de uma postura neutra busca produzir

a correção daquilo que entende como estar desviado e fora da norma. Alimentam-se pela representação de modos de ser considerados ideais e que, do alto da sua certeza, constituem-se e impõem-se como modelos de identificação a serem reproduzidos em nome da ordem e do bem estar (p.30).

Já Paulon (2004) afirma que as teorias norteadoras das práticas psicológicas já não conseguem acompanhar a velocidade e a multiplicidade dos acontecimentos na vida dos indivíduos, e que o nível de complexidade das questões é tamanho, que prender-se a referências construídos há mais de um século e em condições materiais e históricas completamente diversas pode levar a atuações pobres e limitantes:

Não é definitivamente culpabilizando o indivíduo pelo próprio adoecimento, naturalizando o que é da ordem da história, enfim, disseminando práticas que só aprofundam a ideologia de um “sujeito psicológico” que algo no plano da flexibilização dos diferentes modos de existir poderá se ampliar (Paulon, 2004, p.265).

Diante disso, a autora nos convida a pensar o lugar da clínica como um trabalho de busca constante de novas propostas de entendimento e intervenção nas formas contemporâneas de sofrimento psíquico, objetivando produzir desvios, diferenças. O lugar do psicólogo especialista a serviço das instâncias normatizadoras é radicalmente questionado, pois nesta perspectiva de reforma a atividade clínica seria o palco de intervenções ousadas que apostam na potência de sujeitos vivos:

Clínica aqui passa a ser entendida como tecnologia da subjetividade inventando sempre novas formas de reordenar a existência. Uma clínica comprometida em remexer as formas de se estar no mundo, fazendo-as sempre potencializadora de vida, produtoras de uma nova saúde (Paulon, 2004, p.269).

Trata-se da clínica da criação, do inusitado, das diferenças, de outras possibilidades de existência, do desvio, do novo, da “interrogação da paralisia do processo, na descrença dos referenciais absolutos de julgamento da subjetividade para recolocá-la a caminho de outras formas ainda impensáveis, para fazê-la afirmar-se como real inventora de si” (Tedesco, 2006, p. 361).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou, entre outros aspectos, conhecer e analisar as práticas dos psicólogos que atuam em CAPSs. Como parte integrante das equipes de saúde mental, atualmente em expansão por todo o país, consideramos que o psicólogo ocupa um espaço importante nos rumos do processo de reforma psiquiátrica no Brasil. Vivemos diversas barreiras à implantação de novos serviços, de redução do estigma da loucura na sociedade, de ruptura com a reprodução de práticas asilares e de cronificação em curso nos serviços substitutivos. Para o enfrentamento desses problemas precisamos conhecer as condições de produção de nossos saberes e competências profissionais e utilizar criticamente esses conhecimentos. Cumpre não esquecer que eles forjam verdades, subjetividades, modos de vida, e nesse sentido, podem estar a serviço da manutenção de uma lógica manicomial ou da criação e reinvenção da vida. Buscamos contribuir com esse debate trazendo a realidade de um coletivo de trabalhadores de CAPSs de Natal.

REFERÊNCIAS

- Alverga, A. R., & Dimenstein, M. (2006). A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação*, 10, 299-316.
- Amarante, P. D. C. (Org.). (1995). *Loucos pela Vida - a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Coleção Panorama/SDE/ENSP.
- Amarante, P. (Coord.). (2003). Saúde Mental, políticas e instituições: programa de educação à distância (Volume 07). FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ: Rio de Janeiro.
- Andreoli, G. S., Costa, L. A., Ribeiro, C. J. S., Giacometel, A. E., & Kirst, P. G. (2003). Conhecimento e cartografia: tempestade de possíveis. Em T. M. G. Fonseca & P. G. Kirst (Org.), *Cartografias e Devires: a construção do presente* (pp. 91-101). Editora da UFRGS: Porto Alegre.
- Bastos, V. & Achcar, R. (1994). Dinâmica profissional e formação do psicólogo: uma perspectiva de integração. Em Conselho Federal de Psicologia. *Psicólogo brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação* (pp. 245-271). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Benevides, R. (2005). A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces? *Psicologia & Sociedade*, 17(2), 21-25.
- Boarini, M. (1996). A formação (necessária) do psicólogo para atuar na saúde pública. *Psicologia em Estudo*, 1, 93-132.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2007). *Saúde*

- Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006.* Brasília: Ministério da Saúde.
- Castel, R. (1978). *Ordem Psiquiátrica: a Idade de Ouro do Alienismo.* Rio de Janeiro: Graal.
- Coelho, D. A. M. (2005). Práticas clínicas e modos de subjetivação-Reflexões ético-estético-políticas. *Mnemosine*, 1(2). Recuperado em 12 de dezembro de 2007 em <http://www.cliopsyche.cjb.net/mnemosine/index.php>
- Coimbra, C. & Leitão, M. B. S. (2003). Das essências às multiplicidades: especialismo psi e produções de subjetividades. *Psicologia e Sociedade*, 15, 6-17.
- Dimenstein, M. (2000). A Cultura Profissional do Psicólogo e o Ideário Individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 5(1), 95-122.
- Dimenstein, M. (2001). O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo*, 6(2), 57-63.
- Dimenstein, M. (2004) O psicólogo nas UBS: formação acadêmica e prática profissional. *Interações*, 9(17), 71-89.
- Ferreira Neto, J. L. (2006). Psicologia e política: uma interpretação foucaultiana. *Revista Psicologia Política*, 6, 65-81.
- Fonseca, T. M. G & Kirst, P. G. (2004). O desejo de mundo: um olhar sobre a clínica. *Psicologia e Sociedade*, 16(03), 29-34.
- Foucault, M. (2005). *História da loucura na idade clássica.* São Paulo: Perspectiva (Original publicado em 1961).
- Kastrup, V. (2007). O funcionamento da Atenção no trabalho do Cartógrafo. *Psicologia & Sociedade*, 19(1), 15-22.
- Lima, M. (2005). Atuação Psicológica Coletiva: uma trajetória profissional em Unidades Básicas de Saúde. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 431-440.
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde, a cartografia do trabalho vivo.* São Paulo: Hucitec.
- Nascimento, M. L., Manzini, J.M., & Bocco, F. (2006). Reinventando as Práticas Psi. *Psicologia & Sociedade*, 18(1), 15-20.
- Natal. Prefeitura Municipal do Natal. Secretaria Municipal de Saúde (2006). *Plano municipal de saúde: 2006-2009.* Secretaria Municipal de Saúde de Natal: Natal, RN.
- Natal. Prefeitura Municipal do Natal. Secretaria Municipal de Saúde (2007). *(Re)desenhando a Rede de Saúde na Cidade do Natal.* Secretaria Municipal de Saúde de Natal: Natal, RN.
- Oliveira, I. F. de, Dantas, C. M. B., Costa, A. L. F., Silva, F. L., Alverga, A. R. de, Carvalho, D. B. de, & Yamamoto, O. H. (2004). O psicólogo nas unidades básicas de saúde: formação acadêmica e prática profissional. *Interações*, 9(17), 71-89.
- Paulon, S. M. (2004). Clínica ampliada: Que(m) demanda ampliações? Em T. G. Fonseca & S. Engelman (Orgs.), *Corpo, Arte e Clínica* (pp. 259-273). Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Rolnik, S. (1999). Novas figuras do caos. Mutações da subjetividade contemporânea. Em L. Santaella & J. A. Vieira (Orgs), *Caos e Ordem na Filosofia e nas Ciências* (pp. 206-212). São Paulo: FAPESP.
- Romagnoli, R. C. (2006). A formação dos psicólogos e a saúde pública. *Pesquisas e práticas psicossociais*, 1(02), 01-15. Recuperado em 14 de dezembro de 2007 em <http://www.ufsj.edu.br/Pagina/ppplapip/Arquivos/ResumoRobert aRomagnoli.pdf>
- Ronzano, T. M., & Rodrigues, M. C. (2006). O Psicólogo na Atenção Primária à Saúde: Contribuições, Desafios e Redirecionamentos. *Psicologia Ciência e Profissão*, 26(1), 132-143.
- Rotelli, F., Leonardis O. de, & Mauri, D. (2001). Desinstitucionalização, uma outra via. Em F. Nicácio (Org.), *Desinstitucionalização* (pp. 17 – 59). São Paulo: Hucitec.
- Silveira, D. P. da (2003). *Sofrimento Psíquico e Serviços de Saúde: cartografia da produção do cuidado em saúde mental na atenção básica de saúde.* Dissertação de Mestrado não Publicada, Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública.
- Tedesco, S. (2006). As práticas do dizer e os processos de subjetivação. *Interação em Psicologia*, 10(02), 357-362.

Recebido em 18/03/2008

Aceito em 05/11/2008

Endereço para correspondência : Magda Dimenstein. UFRN, CCHLA, Deptº de Psicologia, Campus Universitário, Lagoa Nova, CEP 59.078-970, Natal-RN, Brasil. *E-mail:* magda@ufrnet.br