

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Escola de Enfermagem**

**JEMINA PRESTES DE SOUZA**

**CONCEPÇÕES DE UMA EQUIPE DE SAÚDE MENTAL DE UM  
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SOBRE A  
INTERDISCIPLINARIDADE**

**Porto Alegre  
2007**

**JEMINA PRESTES DE SOUZA**

**CONCEPÇÕES DE UMA EQUIPE DE SAÚDE MENTAL DE UM  
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SOBRE A  
INTERDISCIPLINARIDADE**

Trabalho de Conclusão apresentado à disciplina de TCC II do Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orientador: Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider

**Porto Alegre  
2007**

A minha mãe **Eloiza**,  
pelo incentivo incansável, compreensão  
constante e apoio incondicional.

Ao meu avô **José Prestes** (in memoriam)  
pelos valiosos ensinamentos de amor,  
coragem, caráter e determinação.

## AGRADECIMENTOS

*Agradeço ao apoio de todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.*

*A minha mãe **Eloiza**,  
principal incentivadora, por não  
medir esforços para atender minhas  
necessidades ao longo da vida e também por suportar,  
muitas vezes, o meu mau-humor durante esta trajetória.  
Ao meu pai **João Antonio** por acreditar na minha capacidade,  
vislumbrando sempre um futuro com maiores possibilidades.  
A minha irmã **Joseane** por me apresentar à Enfermagem,  
por servir de referência para a minha formação profissional  
e por me proporcionar novas experiências, investindo em mim.  
Ao meu irmão **João Antonio** pelo companheirismo, amizade,  
confiança, pelo exemplo de persistência e otimismo.  
À **galerinha do 6666** por modificarem em mim o significado  
de amizade; em especial à **Patrícia** pela disponibilidade em ouvir meus  
desabafos e por enfrentar comigo todos os percalços desta trajetória.  
As minhas **colegas/amigas** por compartilharem comigo expectativas,  
frustrações, tristezas e, principalmente, alegrias.  
À enfermeira **Emi** por me mostrar o quanto podemos elevar a  
qualidade de vida das pessoas a quem atendemos.*

*E em especial, ao meu orientador **Jacó**, que com sabedoria, acolhimento e  
generosidade, revelou-se mais do que um mestre, um anjo para mim. Obrigada  
pela compreensão e paciência e, também, por confiar no meu potencial.*

*“É incrível, nada desvia um destino, hoje tudo faz sentido e ainda há tanto a aprender. E a  
vida tão generosa comigo veio de amigo a amigo, me apresentar você” (Jorge Vercilo).*

É melhor tentar e falhar,  
que preocupar-se e ver a vida passar.  
É melhor tentar, ainda que em vão,  
que sentar-se fazendo nada até o final.  
Eu prefiro na chuva caminhar,  
que em dias tristes em casa me esconder.  
Prefiro ser feliz, embora louco,  
que em conformidade viver...

Martin Luther King

## RESUMO

Buscou-se por meio desta investigação, propiciar discussão sobre a reforma psiquiátrica e as políticas de saúde mental e (re)pensar a prática interdisciplinar dos profissionais em saúde mental no cotidiano dos serviços substitutivos ao modelo manicomial, em particular os CAPS, campo de atuação dos profissionais participantes deste estudo, indo ao encontro dos pressupostos do modo psicossocial, na busca de sua consolidação. Para tanto, o objetivo deste estudo foi compreender as concepções de uma equipe de saúde mental sobre a interdisciplinaridade em seu trabalho no contexto da reforma psiquiátrica. A pesquisa qualitativa foi a abordagem escolhida para esta investigação e a fenomenologia, o suporte teórico, onde depoimentos de profissionais que atuam em saúde mental foram analisados de forma compreensiva quanto ao seu conteúdo e significados, trabalhando-se com uma realidade que não pode ser quantificada. Constatamos que, por meio da interdisciplinaridade ampliamos nossa visão de mundo, superando a visão disciplinar, tão utilizada em vários setores.

**Descritores:** Saúde Mental. Centros de Atenção Psicossocial. Equipe Interdisciplinar de Saúde.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>10</b>
<b>3</b>	<b>DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO</b>	<b>11</b>
<b>4</b>	<b>TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b>	<b>17</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>17</b>
<b>4.2</b>	<b>Campo de Estudo</b>	<b>17</b>
<b>4.3</b>	<b>Participantes do Estudo</b>	<b>18</b>
<b>4.4</b>	<b>Coleta de Dados</b>	<b>18</b>
<b>4.5</b>	<b>Análise dos Dados</b>	<b>20</b>
<b>4.6</b>	<b>Aspectos Éticos</b>	<b>21</b>
<b>5</b>	<b>O REVELAR DAS FALAS DOS PROFISSIONAIS DE UM CAPS</b>	<b>22</b>
<b>5.1</b>	<b>Interdisciplinaridade é um conjunto de profissionais onde cada membro da equipe realiza um trabalho complementar</b>	<b>23</b>
<b>5.2</b>	<b>Interdisciplinaridade consiste em uma retaguarda, um respaldo para o trabalhador da equipe</b>	<b>25</b>
<b>5.3</b>	<b>Interdisciplinaridade permite a construção a partir da diferença</b>	<b>28</b>
<b>5.4</b>	<b>Interdisciplinaridade é um conjunto de profissionais com diferentes formações</b>	<b>30</b>
<b>5.5</b>	<b>Interdisciplinaridade é agregar outros saberes e fazeres</b>	<b>33</b>
<b>6</b>	<b>REFLEXÕES</b>	<b>36</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>39</b>
	<b>ANEXO A – Entrevistas</b>	<b>42</b>
	<b>ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa</b>	<b>73</b>
	<b>ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	<b>74</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Este estudo é um recorte de uma pesquisa, onde vinculo a minha bolsa de iniciação científica BIC/UFRGS, elaborada e desenvolvida por meu orientador e que identificou, nos discursos dos profissionais integrantes da equipe de saúde mental de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), treze unidades temáticas acerca de suas concepções sobre seu trabalho no contexto da reforma psiquiátrica. O que surgiu nos discursos da pesquisa de base referente à interdisciplinaridade é o recorte escolhido por mim para a realização deste estudo. Esta escolha ocorreu devido ao fato de os profissionais entrevistados terem enfatizado a relevância da interdisciplinaridade na execução de seus trabalhos e por esta ser uma prática cuja implantação nos serviços é considerada um desafio a ser vencido na luta pela consolidação da reforma psiquiátrica.

Meu primeiro contato com a temática se deu quando cursei a disciplina de Saúde Mental II. Ao conhecer os objetivos da reforma psiquiátrica e realizar estágio junto a indivíduos em sofrimento psíquico, me encantei e passei a me interessar cada vez mais pela saúde mental, buscando observar a implementação das propostas da reforma psiquiátrica e das políticas de saúde mental. Como bolsista de iniciação científica tenho a oportunidade de participar de pesquisas que contribuem para os avanços nas transformações que vêm ocorrendo neste contexto.

Um novo paradigma para as práticas vem ganhando força no campo de saúde mental, o da Atenção Psicossocial. Este novo paradigma designa experiências de reforma da Psiquiatria, agregando ao seu objeto aspectos psíquicos e sociais, acrescentando críticas radicais às práticas psiquiátricas tradicionais e apresentando a interdisciplinaridade como exigência, ao propor em seus fundamentos a horizontalização das relações intrainstitucionais.

O modo psicossocial se contrapõe ao modo manicomial, onde os cuidados ao indivíduo em sofrimento psíquico são oferecidos de forma fragmentada. Este novo modelo considera os fatores políticos e biopsicosocioculturais, que utiliza como meios, as psicoterapias, socioterapias e mais um conjunto de dispositivos de reorientação sociocultural, onde o indivíduo é o participante principal do seu tratamento, enquanto pertencente a um grupo familiar e social (COSTA-ROSA, 2000).



Para tanto, no contexto da reforma psiquiátrica, preconiza-se ações de saúde mental na comunidade que deverão ser implantados nos municípios, como os postos do Programa de Saúde da Família (PSF) que contam com o trabalho da equipe mínima de Saúde: médico clínico, enfermeiro e agente comunitário de saúde, que podem ser capacitados como promotores de saúde mental, uma vez que estão em contato direto com a população a ser assistida.

A equipe do PSF, tendo como premissa básica a assistência à pessoa como um todo, dentro do contexto familiar, é responsável não só pela promoção da saúde mental, mas, pela prevenção das doenças, bem como pelo reconhecimento de problemas na área mental e na dinâmica familiar, dando-lhes o devido atendimento e encaminhamento, quando necessário.

Assim, as ações de saúde mental desenvolvidas nos PSF caracterizam-se como de atenção primária, integrando profilaxia (prevenção/promoção) e tratamento dentro do limite de atuação e complexidade. Esta é uma modalidade de ação em saúde mental na qual o próprio ambiente comunitário é usado como intervenção terapêutica.

O ambiente físico, a clientela, a equipe e as políticas de saúde mental influenciam no desempenho dos indivíduos nas atividades cotidianas da comunidade. A ênfase maior é dada à interação social e de grupo.

Neste contexto, os municípios deverão oferecer serviços de saúde mental mais abrangentes, preventivos, reabilitatórios, com o intuito de integrar e/ou reintegrar o indivíduo em sofrimento psíquico à sociedade, num movimento de ressocialização.

Diversas estratégias de organização de serviços de saúde mental vêm disseminando-se desde a implantação da Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992 do Ministério da Saúde, que incentiva o atendimento ambulatorial ou extra-hospitalar que deverá ser realizado na comunidade, nas Unidades Básicas de Saúde, nos Ambulatórios Especializados, nos Núcleos ou Centros de Atenção Psicossocial (BRASIL, 1992).

O trabalho no CAPS é algo a ser construído, em cada equipe, de acordo com suas peculiaridades. O CAPS é proposto como um espaço de criatividade, de construção de vida, que ao invés de excluir, medicalizar e disciplinar, acolhe, cuida e estabelece pontes com a sociedade.

Dessa forma, o trabalho interdisciplinar em saúde mental é um dos pressupostos para que a desinstitucionalização seja efetiva.

Esta pesquisa se justifica por poder contribuir para uma melhor compreensão do movimento atual da saúde mental, por meio do trabalho de quem atua na área, além de contribuir para o desenvolvimento de uma perspectiva interdisciplinar e globalizadora, fundamental para a transformação da assistência. Acredita-se que esse estudo contribuirá para as discussões sobre esta nova perspectiva de ação crítica e participativa em saúde mental, com o intuito de avançarmos no contexto das reformas psiquiátricas.

Outro aspecto relevante ao justificar a importância desta investigação diz respeito à contribuição de trabalhos que abordam as temáticas interdisciplinaridade na assistência em saúde mental e reforma psiquiátrica, visualizadas no contexto das políticas de saúde mental, num paradigma psicossocial, e que a mesma poderá contribuir para uma melhor compreensão do movimento atual da saúde mental, por meio do trabalho de quem atua na área.

Ao assumir uma postura crítica sobre a assistência em saúde mental num modo asilar, penso que se abre a possibilidade para a compreensão da reforma psiquiátrica e das políticas de saúde mental, a ser partilhada com profissionais da área de saúde.

Assim, pretendo propiciar discussão sobre a reforma psiquiátrica e as políticas de saúde mental e (re)pensar a prática interdisciplinar dos profissionais em saúde mental no cotidiano dos serviços substitutivos ao modelo manicomial, em particular os CAPS, campo de atuação dos profissionais participantes deste estudo, indo ao encontro dos pressupostos do modo psicossocial, na busca de sua consolidação.

## **2 OBJETIVO**

Este estudo tem por objetivo compreender as concepções de uma equipe de saúde mental sobre a interdisciplinaridade em seu trabalho no contexto da reforma psiquiátrica.

### 3 DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

A reforma psiquiátrica propõe um modelo assistencial que se contrapõe ao modelo psiquiátrico asilar, sendo este último centrado na internação e cronificação de indivíduos em sofrimento psíquico, onde os mesmos não participam efetivamente do tratamento, sendo vistos como doentes, dando-se ênfase ao orgânico, onde a equipe de saúde mental presta cuidados fragmentados, apartando o indivíduo em sofrimento psíquico do convívio com a família e a sociedade, suprimindo seus direitos fundamentais, como o de ir e vir, por exemplo.

O novo modo, denominado psicossocial, visa à criação de serviços terapêuticos substitutivos, centrados na comunidade, promovendo a integralidade da assistência, reintegrando assim, o indivíduo à sua família e sociedade, tornando-o elemento fundamental em seu tratamento, juntamente com seus familiares e a equipe de saúde mental que deve trabalhar de forma interdisciplinar (COSTA-ROSA, 2000; AMARANTE, 1995).

Leão (2006) afirma que no modo psicossocial a finalidade das ações assistenciais interdisciplinares recai sobre a questão da inserção social das pessoas com transtornos mentais, em contraposição ao modo asilar e excludente. Assim, o olhar se direciona para os outros aspectos da vida do indivíduo e suas necessidades de ordem biológica, social, cultural e econômica, não mais tendo a cura como meta das intervenções e, sim, o exercício da contratualidade, a despeito das limitações impostas pelo sofrimento psíquico.

Os serviços terapêuticos substitutivos devem estar localizados no município de origem do sujeito atendido, dando suporte a ele e a sua família para que ocorra a estabilização do seu quadro clínico, possibilitando a sua reintegração na comunidade.

Para Saraceno, Asioli e Tognoni (1994), os fatores psicossociais estão correlacionados à origem de muitos transtornos mentais, ao desenvolvimento de todos os transtornos mentais e à eficácia dos serviços de atenção psiquiátrica. Por isso, o paciente psiquiátrico deve ser ajudado a restabelecer suas relações afetivas e sociais, reconquistar seus direitos na comunidade e reconquistar seu poder social.

Segundo Pitta (1996), para que isso aconteça é necessário o desenvolvimento de ações de educação em saúde envolvendo o paciente, a família

e a comunidade, incentivar a adesão do paciente ao tratamento, estabelecer vínculo com paciente, familiares, comunidade e instituições que se integrem à estratégia de saúde mental. Instituições que possam prestar atendimento em saúde mental ao portador de sofrimento psíquico (preferencialmente extra-hospitalar), efetivar educação permanente aos profissionais envolvidos no atendimento em saúde mental no município e proporcionar campo de estágio, de extensão e de pesquisa, seguindo protocolo pré-estabelecido pela secretaria municipal de saúde do município. A ênfase maior é dada à interação social e de grupo.

É nesse contexto que os profissionais de saúde deverão estar se inserindo, num movimento de ir ao encontro do que a comunidade e o serviço básico de saúde oferecem, integrando a saúde mental com a saúde geral do indivíduo. As ações específicas nem sempre se fazem necessárias, desde que as mesmas sejam integradas as demais, já desenvolvidas na comunidade, já que a saúde mental e a saúde física são dois elementos da vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes. As estratégias de organização de serviços de saúde mental deverão ir ao encontro desta nova proposta, conduzindo à construção de uma prática de atenção à saúde mental mais justa, democrática e solidária.

Para a realização do cuidado ético, os profissionais devem ser comprometidos com a ética, preparados para identificar os recursos disponíveis na comunidade e saber interferir e interagir na hora adequada. Profissionais que saibam ouvir, avaliar, identificar, planejar e intervir com usuários do serviço e familiares; que saibam oferecer um cuidado diferenciado, que dê suporte à dor do paciente e a oportunidade para ele expressar seus sentimentos e suas expectativas (WAIDMAN; ELSÉN, 2005).

De acordo com Oliveira e Silva (2000), essa nova perspectiva assistencial evoca a interdisciplinaridade como uma necessidade interna para o campo de atenção em saúde mental. Seu objeto de trabalho envolve concomitantemente as relações sociais, as expressões emocionais, afetivas e biológicas, e um desafio para a prática, frente à gama de corporações profissionais atuantes no desenvolvimento de ações psicossociais. A integração entre diversos profissionais permite o exercício do pensamento complexo, capaz de sustentar epistemologicamente o novo paradigma da atenção psicossocial.

Waidman e Elsen (2005) ressaltam alguns pressupostos da desinstitucionalização, chamam a atenção para a reformulação da relação

terapêutica paciente-profissional e paciente-instituição; e para o fato de o transtorno mental possuir um caráter inter e transdisciplinar, não podendo ser reduzido ao tratamento de um único profissional.

Todas as preocupações relativas aos intercâmbios desejáveis entre disciplinas já deram lugar a uma terminologia abundante, mas nem sempre muito precisa, correndo o risco de produzir algumas confusões. Falou-se de multidisciplinaridade, de pluridisciplinaridade, de interdisciplinaridade, de transdisciplinaridade para tentar dar conta da natureza e da profundidade das interconexões possíveis (DELATTRE, 1990).

Dessa forma, ao abordar o trabalho interdisciplinar, torna-se necessário definir práticas similares em saúde descritas com terminologias distintas, distinguindo-as de interdisciplinaridade.

Segundo Heckhausen citado por Alarcão e Rua (2005, p.376), o prefixo “inter” que, com o radical “disciplinaridade”, compõe o termo interdisciplinaridade, introduz a idéia de relação dinâmica entre saberes, de abertura a outras áreas disciplinares, de co-construção motivada por um interesse comum que implica colaboração e articulação, não obstante também poder representar perda de exclusividade e de poder disciplinar. O radical disciplinaridade remete para a exploração e construção científica da disciplina como domínio específico e homogêneo.

O prefixo “trans”, presente em transdisciplinaridade, aponta para um nível mais profundo de interligação, criando uma ruptura com as fronteiras disciplinares e remetendo para uma visão sistêmica, alargada, do saber (ALARCÃO; RUA, 2005).

Delattre (1990) diz que a pluridisciplinaridade pode ser entendida como uma simples associação de disciplinas que concorrem para uma realização comum, mas sem que cada disciplina tenha que modificar significativamente a sua própria visão das coisas e os seus próprios métodos. A pluridisciplinaridade existe desde sempre, mas sua importância aumentou nos últimos tempos. Toda a realização teórica que põe em prática saberes diversos corresponde a um empreendimento pluridisciplinar.

O termo multidisciplinaridade é empregado quando a solução de um problema necessita da obtenção de informação de duas ou mais ciências ou setores do conhecimento, sem que as disciplinas envolvidas no processo sejam modificadas ou enriquecidas; já a interdisciplinaridade é o nível em que a interação entre várias disciplinas (ou setores heterogêneos de uma mesma ciência) conduz a interações

reais, a uma certa reciprocidade no intercâmbio, levando a um enriquecimento mútuo.

Heckhausen citado por Alarcão e Rua (2005, p.376) afirma que não se trata de uma justaposição de saberes – idéia presente nas designações de pluri ou multidisciplinaridade –, a interdisciplinaridade consiste em um corpo de conhecimentos integrado, lógico e coeso; implica uma interpretação e reorganização dos conhecimentos em função dos objetivos de análise e admite níveis e modalidades diferentes.

A interdisciplinaridade pretende alcançar objetivos mais ambiciosos que as outras práticas. O seu fim é elaborar um formalismo suficientemente geral e preciso que permita exprimir numa linguagem única os conceitos, as preocupações, as contribuições de um número maior ou menor de disciplinas que, de outro modo, permaneceriam fechadas nas suas linguagens especializadas (DELATTRE, 1990).

O modo psicossocial incorpora a interdisciplinaridade como exigência do cuidado que enfoca a pessoa em sofrimento, sua vida e fragilidade. Coloca a necessidade de construir vínculos, de acolher o sofrimento, de construir uma prática criativa e solidária e de saber transitar por um conhecimento ecocêntrico, complexo, multidimensional, que privilegie o intercâmbio entre vida e idéias.

A interdisciplinaridade emerge como uma necessidade concreta para a efetivação e resolutividade dos serviços de reabilitação psicossocial, ajudando os profissionais a não perderem a noção de conjunto, aspecto fundamental para a construção de pontes que possibilitem saltos qualitativos na assistência prestada. Desta forma, valores como o respeito à liberdade e à dignidade de cada pessoa, a ética e a integralidade das ações, devem transcender as categorias profissionais (BABINSKI; HIRDES, 2004).

A interdisciplinaridade corresponde a uma nova consciência da realidade, a um novo modo de pensar, que resulta num ato de troca, de reciprocidade e integração entre áreas de conhecimento, visando tanto à produção de novos conhecimentos, como a resolução de problemas, de modo global e abrangente. É a superação da fragmentação. A interdisciplinaridade articula e produz coerência entre os múltiplos fragmentos que estão postos no acervo de conhecimentos. Seu objetivo é promover a superação da visão restrita de mundo e a compreensão da complexidade da realidade, resgatando, ao mesmo tempo, a centralidade do homem na realidade e na produção do conhecimento.

Dessa forma, Fazenda (1995, p.68) afirma que:

é necessário num projeto interdisciplinar, compreender e respeitar o modo de ser peculiar de cada um, respeitar também o caminho que cada indivíduo empreendeu na busca de sua autonomia; é necessário revelar a *identidade*, a *marca teórica* de cada um. É no ponto de confluência, e não na justaposição das diferentes identidades, contudo, que podemos captar a dimensão da interdisciplinaridade.

A interdisciplinaridade busca a superação das fronteiras disciplinares, podendo-se construí-la pela definição do que as disciplinas científicas têm em comum em níveis de integração mais profundos, seja pela unificação ou síntese de conhecimentos científicos, seja pelo estabelecimento de uma linguagem interdisciplinar consensualmente construída entre os cientistas (JAPIASSU, 1976).

Para Waidman e Elsen (2005) a interdisciplinaridade é o nível em que a interação entre várias disciplinas ou setores heterogêneos de uma mesma ciência conduz a interações reais, a uma certa reciprocidade no intercâmbio, levando a um enriquecimento mútuo.

De acordo com Gomes e Deslandes (1994), a interdisciplinaridade conduz a uma profunda reflexão sobre o conceito de ciência: pode ser vista como uma de suas necessidades internas a fim de resgatar a unidade de seu objeto e os vínculos de significação humana, e também como uma necessidade imposta pelos complexos problemas que são colocados para a ciência, e que não são respondidos por enfoque unidisciplinar ou pela justaposição de várias disciplinas.

Disponibilizar o atendimento integral para um sujeito significa aceitar que existem limitações em relação à disciplina que um profissional domina e reconhecer que nenhum campo do saber pode dar conta das diversas dimensões daquele indivíduo. Assim, é aberto o espaço para a interdisciplinaridade: aceitar que o indivíduo jamais é abrangido com exclusividade por algum saber específico, ou seja, por apenas uma especialidade. Só poderemos, de fato, nos aproximar da multidimensionalidade de cada sujeito com a integração desses vários saberes (MATTOS, 2001).

O desafio é compreender a interdisciplinaridade a partir de sua realização, levando em consideração os limites e as possibilidades vislumbradas, buscando o que é melhor para superar o existente.



Dessa forma, surge a necessidade de conhecer e compreender a forma como profissionais de um CAPS que atuam em equipe interdisciplinar vêem a interdisciplinaridade na busca pelo cuidado integral do sujeito.

## **4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

A metodologia utilizada no presente trabalho será descrita a seguir.

### **4.1 Tipo de estudo**

A pesquisa qualitativa foi a abordagem escolhida para esta investigação e a fenomenologia, o suporte teórico, onde depoimentos de profissionais que atuam em saúde mental foram analisados de forma compreensiva quanto ao seu conteúdo e significados, trabalhando-se com uma realidade que não pode ser quantificada.

Tendo em vista que a pesquisa qualitativa aborda a questão de que o mundo real e o sujeito se inter-relacionam de forma dinâmica, assim como há uma interdependência do sujeito com o objeto e da objetividade com a subjetividade, entende-se o sujeito como sendo participante do processo no qual interpreta os fenômenos dando a eles um significado. Assim, como a pesquisa de base, este estudo é de cunho fenomenológico e seguirá os passos de Martins e Bicudo (1989).

A opção de utilizar a fenomenologia neste trabalho como recurso metodológico da pesquisa qualitativa ocorreu pela possibilidade de trilhar um caminho mais próximo do sentir e do pensar de quem vivencia, de modo único, uma determinada situação, que neste estudo é a de ser um elemento da equipe de saúde mental de um CAPS.

### **4.2 Campo de estudo**

A pesquisa de base foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial – CAIS Mental - Centro (Centro de Atenção Integral à Saúde Mental), no município de Porto Alegre, estado do Rio Grande do Sul, classificado como Centro de Atenção Psicossocial pelo Ministério da Saúde.

O CAIS Mental Centro foi regulamentado em fevereiro de 2002, através da Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 do Ministério da Saúde, para atender as necessidades de tratamentos intensivo, semi-intensivo e não-intensivo – CAD (Centro de Atenção Diária), acompanhado por equipe interdisciplinar, onde os usuários integram-se a diferentes modalidades de atendimento durante o dia, retornando à noite aos cuidados de seus familiares, em suas casas ou para instituições que os estejam abrigando.

### **4.3 Participantes do Estudo**

Para Minayo (1999), na pesquisa qualitativa o critério de inclusão não é numérico, devendo ser identificados os participantes que podem oferecer maior amplitude e variação do fenômeno para possibilitar apreensão das semelhanças e diferenças. Assim, foi convidado um profissional de cada área para participar do estudo, ou seja, um médico psiquiatra, um enfermeiro, um nutricionista, um psicólogo, um assistente social, um terapeuta ocupacional, um professor de educação física e um auxiliar de enfermagem, perfazendo oito membros da equipe.

Dessa forma, os critérios para a inclusão dos profissionais que participaram do estudo de base foi o de serem membros da equipe de saúde mental do CAIS Mental - Centro e terem disponibilidade de participar da pesquisa.

### **4.4 Coleta de dados**

Os dados já se apresentavam colhidos e transcritos, uma vez que o presente estudo é um recorte de um projeto base.

A coleta de dados do estudo de base se deu por meio de entrevistas semi-estruturadas com estes profissionais integrantes da equipe de trabalho. A fundamentação teórica do presente estudo se deu através de um levantamento bibliográfico acerca das mudanças ocorridas na assistência prestada ao indivíduo em sofrimento psíquico a partir da reforma psiquiátrica no Brasil.

Para a coleta das informações junto aos participantes do estudo, foi elaborada a seguinte questão norteadora para a compreensão dos discursos: **“Fale sobre o seu trabalho neste Centro de Atenção Psicossocial”**. As entrevistas foram realizadas no segundo semestre de 2006, na sede do CAIS Mental - Centro e tiveram tempos variados de duração, de trinta à noventa minutos. Foram gravadas e transcritas na íntegra (anexo A) após a realização das mesmas com a colaboração e autorização dos entrevistados.

Durante os depoimentos, acredito ter ocorrido uma relação sujeito-sujeito, demonstrando um envolvimento empático entre o pesquisador e a pessoa entrevistada.

Segundo Martins e Bicudo (1989), a entrevista, como recurso da pesquisa qualitativa, é vista como um enfoque social que possui características peculiares como a empatia, a intuição e a imaginação.

A empatia é como que um colocar-se na existência do sujeito (o entrevistado) a fim de perceber o outro e sua vida psíquica. A intuição se define por uma espécie de contemplação, na qual o investigador percebe a experiência vivida do outro. A imaginação se refere ao imaginar tanto do pesquisador quanto do pesquisado em relação ao percebido no momento da entrevista, o que permite a inferência a respeito da fidedignidade ou não do proferido pelo sujeito entrevistado ou vice-versa.

Para Martins e Bicudo (1989, p. 54) a entrevista,

[...] não é um método. É apenas um recurso metodológico. [...] sempre que se desejar desocultar a visão que uma pessoa possui sobre uma determinada situação é preciso que se lance mão do recurso que a entrevista fornece. Ela é a única possibilidade que se tem de obter dados relevantes sobre o mundo-vida do respondente.

Durante as entrevistas, o pesquisador interrompia apenas para fazer algum tipo de esclarecimento, tomando o cuidado para não interferir nos depoimentos e, assim, não interromper o fluir do pensamento e a autenticidade da fala.

Ao utilizar-se da entrevista como recurso metodológico, o pesquisador procura se desvencilhar de qualquer ato ou indagação que possa induzir a resposta do participante. Isso porque “as descrições ingênuas situadas sobre o mundo-vida do respondente, obtidas através da entrevista, são, então, consideradas de importância primária para a compreensão do mundo-vida do sujeito” (MARTINS; BICUDO, 1989, p. 54).

Para Martins e Bicudo (1989), a descrição deverá facilitar ao ouvinte ou ao leitor reconhecer o objeto descrito, criando uma reprodução tão clara quanto possível deste objeto, sendo esta uma das etapas fundamentais da trajetória da pesquisa fenomenológica.

Desse modo, a coleta de dados por meio de entrevistas foi a escolha para esse trabalho. Acredita-se que a partir dos discursos transcritos na íntegra, o objetivo deste estudo foi atingido da melhor forma.

#### **4.5 Análise dos dados**

Na análise dos dados os participantes foram identificados por letras, conforme a fala correspondente. Pretendendo-se compreender as concepções de uma equipe que atua no universo da saúde mental sobre a interdisciplinaridade em seu trabalho, no contexto da reforma psiquiátrica, utilizou-se a análise fenomenológica, segundo Martins e Bicudo (1989). Os discursos dos profissionais foram relidos e a análise foi realizada à luz do referencial da interdisciplinaridade.

Tendo em vista que a pesquisa qualitativa aborda a questão de que o mundo real e o sujeito se inter-relacionam de forma dinâmica, assim como, há uma interdependência do sujeito com o objeto e da objetividade com a subjetividade, entende-se o sujeito como sendo participante do processo no qual interpreta os fenômenos dando a eles um significado.

Assim, como forma de buscar desvelar as vivências expressas nos discursos dos profissionais de saúde mental, foram seguidos os seguintes passos, adaptados e implementados, de Martins e Bicudo (1989):

- Leitura de cada discurso transcrito; sem tentativas de interpretação sobre o que estava expresso nos mesmos, ou de identificar elementos presentes;
- Releitura de cada discurso, individualmente, com o propósito de destacar afirmações que apresentavam significados;
- Ao se defrontar com as afirmações significativas nos textos, se assumiu uma postura reflexiva e imaginativa, descrevendo o que estava expresso nestas afirmações e norteando-se pelo referencial da interdisciplinaridade;

- Busca das convergências das unidades de significado, por meio da análise fenomenológica, construindo as unidades temáticas;
- A partir das unidades temáticas, ocorreu uma primeira aproximação com o profissional de saúde mental e sua compreensão sobre a interdisciplinaridade em seu trabalho;
- A seguir, por meio da compreensão dos depoimentos, embasada no referencial teórico sobre interdisciplinaridade, buscou-se compreender as concepções do profissional de saúde mental sobre a interdisciplinaridade em seu trabalho no contexto da reforma psiquiátrica, na tentativa de expressar a essência do fenômeno estudado.

Estudos de Martins e Bicudo (1989) evidenciam que, ao optar pela fenomenologia para desenvolver uma pesquisa, o pesquisador deve primeiro situar o fenômeno por intermédio de um sujeito que descreva a sua experiência vivida, ou seja, é a fala deste que irá clarear as interrogações sobre aquilo que o pesquisador quer apreender, e só a partir daí que poderá alcançar a compreensão do fenômeno em questão.

Com este suporte teórico a proposta de compreender as concepções de uma equipe de saúde mental sobre a interdisciplinaridade, no contexto da reforma psiquiátrica só pôde ocorrer ao nos voltarmos para aquele que vivencia esse momento, buscando desvelar o seu mundo-vida.

#### **4.6 Aspectos Éticos:**

O projeto ao qual esse estudo está vinculado foi aprovado ao ser submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (anexo B). Após estabelecer contato com os entrevistados, procedeu-se a apresentação e a exposição do interesse dos pesquisadores pelo estudo, respeitando a Resolução N° 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), que trata de normas para pesquisa com seres humanos. A coleta das assinaturas dos participantes foi feita através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo C), elaborado em

duas vias, ficando uma via com o participante da pesquisa e outra com o pesquisador.

## **5 O REVELAR DAS FALAS DOS PROFISSIONAIS DE UM CAPS**

Os entrevistados ao relatarem suas vivências e concepções sobre a interdisciplinaridade em seu trabalho enquanto profissionais integrantes de uma equipe de saúde mental de um CAPS possibilitaram o alcance do significado deste fenômeno.

O acesso às falas se deu através da leitura de cada entrevista. Assim, após leituras sucessivas, prossegui buscando os significados atribuídos vivencialmente, salientando o que era significativo para o estudo e construindo as unidades temáticas.

A partir da construção das unidades temáticas, ocorreu uma primeira aproximação com as concepções de uma equipe de saúde mental sobre a interdisciplinaridade em seu trabalho no contexto da reforma psiquiátrica.

O sentido traz em si o fenômeno percebido e vivido pelos profissionais de um CAPS, sendo que dos depoimentos coletados emergiram cinco unidades temáticas, as quais se caracterizam por elencar e convergir todas as unidades de significado, reveladoras do fenômeno.

Ao compreendermos as concepções de uma equipe de saúde mental que atua em um CAPS sobre a interdisciplinaridade em seu trabalho, no contexto da reforma psiquiátrica, percebemos elementos repletos de significado em seus discursos, em que o ser profissional da equipe aparece com um conhecimento, *a priori*, pelo fato deste profissional possuir uma consciência, um saber latente, uma dedicação ao trabalho. Contudo, tal condição é posta pelo fenômeno, exteriorizado pela situação em que o ser se encontra, a de ser um elemento da equipe interdisciplinar de saúde mental de um CAPS.

Nas falas dos profissionais entrevistados, o fenômeno interdisciplinaridade:

É um conjunto de profissionais onde cada membro da equipe realiza um trabalho complementar;

Consiste em uma retaguarda, um respaldo para o trabalhador da equipe;

Permite a construção a partir da diferença;

É um conjunto de profissionais com diferentes formações;  
 É agregar outros saberes e fazeres.

A seguir, illustrei as unidades temáticas com as falas significativas dos participantes, procedendo a análise destas unidades, enriquecendo-as com referencial pertinente e com colocações próprias.

### **5.1 Interdisciplinaridade é um conjunto de profissionais onde cada membro da equipe realiza um trabalho complementar**

[...] como se trabalha numa equipe interdisciplinar, cada um dessa equipe, cada profissional, tem uma função mais específica. Então, não adiantaria só ter o psiquiatra, só ter o terapeuta ocupacional [...] cada um dentro da equipe interdisciplinar tem uma função mais específica, faz um pouco de tudo, mas tem uma função específica. <sup>E1</sup>

[...] é onde tu divide, cada um faz um pouco, tem um objetivo comum, tem um plano de tratamento [...] a gente tá sempre tentando dividir um pouco essa questão tão dura que é o trabalho. <sup>E1</sup>

[...] cada um faz a sua parte [...] todos falamos a mesma língua em relação a cada paciente [...] toda equipe age junto, em conjunto [...] todos agem da mesma forma para poder atingir os objetivos. <sup>E2</sup>

[...] a questão do psiquiatra é importante, fundamental, até pra gente poder também desenvolver junto com ele, mas é sempre junto com a questão da nutricionista, importantíssimo; a gente sabe que tem os medicamentos, o metabolismo... E a orientação: um que engorda, outro que emagrece, outro que dá mais ansiedade, outro que come mais, outro que dá mais sede. A enfermagem também, está sempre ali, que administra a medicação, faz grupos e orienta com relação à saúde; a terapeuta ocupacional também nunca faz grupo sozinha, sempre faz grupo com outro profissional. <sup>E3</sup>

[...] de pensar (com) o que tu pode contribuir, o que tu pode estar fazendo pra vincular aquela pessoa, primeiro a tua pessoa, assim como profissional, e depois, futuramente, o serviço. <sup>E3</sup>

[...] todos – TOs [terapeutas ocupacionais], psiquiatras, as psicólogas, os técnicos de enfermagem, as enfermeiras, a assistente social – buscam trabalhar numa única direção e é isso que vai fazer a construção do trabalho interdisciplinar [...] é nesse diálogo, nesse embate até as fronteiras de cada disciplina, buscando a mesma direção do tratamento, é que a gente vai construir a interdisciplinaridade. <sup>E4</sup>



[...] eu me inseri junto com outras pessoas e, como era do meu interesse, eu me engajei e acho que sempre saiu tudo bem assim, tive facilidade pra trabalhar essa coisa da interdisciplinaridade. <sup>E5</sup>

[...] a gente sempre pôde se debruçar junto, pensar junto, até porque a gente sempre se propôs a trabalhar de uma forma interdisciplinar [...] eu acho que é assim que vai acontecer a interdisciplinaridade, é a gente poder estar junto, pensar junto. <sup>E6</sup>

[...] o que a gente pode investir nesse caso? Eu acho que as respostas estão nos momentos de uma grande equipe [...] os pacientes são atendidos por quase todos os membros da equipe. <sup>E7</sup>

Estas falas revelam que para os profissionais do CAPS todos os membros da equipe têm uma atividade específica no trabalho interdisciplinar. Há uma divisão de tarefas / intervenções a serem realizadas junto ao usuário do serviço, seguindo um plano de tratamento individualizado.

Isso vem de encontro à afirmação de Japiassu (1976, p.127), de que é essencial que “a autonomia de cada disciplina seja assegurada como uma condição fundamental da harmonia de suas relações com as demais. Onde não houver independência disciplinar, não pode haver interdependência das disciplinas”.

Os profissionais revelam ainda que todos se posicionam enquanto membros da equipe agindo de forma igual, trabalhando na mesma direção, falando a mesma língua para alcançar os objetivos propostos no plano terapêutico.

As especificidades das profissões são levadas em conta no desenvolvimento do trabalho, mas a ação deve ser conjunta. Cada profissional deve se questionar como pode estar contribuindo em cada caso, já que os pacientes são atendidos por diversos profissionais da equipe. O profissional deve se inserir, se engajar com os colegas, sempre preservando que haja o diálogo entre todos os membros da equipe.

Segundo Rocha (2005), o trabalho interdisciplinar não pretende abolir as especificidades dos vários profissionais; eles continuam a realizar as ações que lhes são próprias, mas também executam aquelas que são comuns, valorizando-se aí a utilização de diferentes técnicas e a integração de diferentes saberes.

Os profissionais, ao trabalharem de forma interdisciplinar, sentem-se parte do conjunto, sentem que estão juntos e que pensam juntos a respeito do trabalho a ser desenvolvido. O trabalhador do CAPS se incorpora à equipe, “veste a camiseta” do serviço.

Algumas atividades são específicas de determinados profissionais, porém as mais importantes, aquelas realizadas individualmente ou em grupo que implicam escuta, acolhimento, estímulo para a vida, para a autonomia, para a cidadania, cabem a todos. O que importa é que sejam desenvolvidas de forma interdisciplinar e criativa, individualizando o cuidado ao paciente, pois se forem burocraticamente executadas, os objetivos do CAPS não estarão sendo atendidos.

O trabalho interdisciplinar se mostra no interior das possibilidades concretas do exercício do trabalho em equipe, onde a noção de conjunto se dá por referência aos papéis individuais e aos potenciais de troca, parceria e respeito nas relações entre aqueles que se articulam (ou deveriam se articular) porque visam um objetivo e almejam uma qualidade na ação que desenvolvem, mas que também se confrontam com a frustração e a impotência (CARVALHO, 2002).

Tendo em vista a interdisciplinaridade como possibilidade de manifestar ou correlacionar diversos tipos de conhecimentos fragmentados, existe a necessidade de caracterizar a própria natureza das disciplinas, para, então, sugerir uma ligação coerente dos conhecimentos que elas produzem. Dessa forma, a atuação da equipe interdisciplinar desmistifica o papel de cada profissional e deixa claro as especificidades de suas funções.

## **5.2 Interdisciplinaridade consiste em uma retaguarda, um respaldo para o trabalhador da equipe**

[...] eu tendo uma retaguarda, eu saio, eu volto, eu vejo outras questões, eu não preciso usar com aquele paciente só a minha experiência [...] casos que a gente atende que evoluem, evoluem e daqui a pouco, eles estão muito bem e recaem. Então, um segura a barra do outro de não desistir daquele paciente, porque três ou quatro vezes tu investindo, fazendo de tudo e daqui a pouco tu pensa que não adianta mais, que já fez o que podia, mas tem um da equipe, dali da interdisciplinaridade, um colega teu que sugere tentar uma nova forma de tratamento [...] tu não fica sozinho. <sup>E1</sup>

[...] o trabalhador que não trabalhar em uma equipe interdisciplinar, não agüenta, porque cada dia tem algo que não é previsto, que é algo que a gente vê e pensa que poderia ser com a gente. É muito pesado. <sup>E1</sup>

[...] se a gente não tá conseguindo ver como realizar esta abordagem com um paciente novo, a gente chama pessoas que vêm nos ajudar [...] a equipe se apóia muito, o trabalhador precisa cuidar da sua saúde também, é óbvio, e aqui dentro existe um primeiro momento onde a gente procura apoio nos colegas, busca ajuda [...] existe uma fala, um respaldo. <sup>E2</sup>

[...] se alguma situação tá mais difícil pra uma delas, eu chamo pra conversar e fora isso eu trago pro grupo pra gente ver o que tá incomodando, angustiando, pra que a gente possa estar dizendo alguma coisa importante do nosso trabalho, de como a gente tá observando o trabalho da outra. E a gente tem que ter essas válvulas de escape. <sup>E3</sup>

[...] os técnicos de enfermagem nem sempre tentam dar respostas por conta deles, muitas vezes vão solicitar, aliás, na maioria das vezes eles vão solicitar à enfermeira, aos psicólogos, às TOs, aos psiquiatras, algo que lhes ajude junto dos pacientes. <sup>E4</sup>

[...] eu não comecei sozinha, comecei acompanhando as pessoas que trabalhavam isso [...] tinha uma paciente que era muito difícil, eu comecei a acompanhá-la e um colega me dava supervisão. <sup>E5</sup>

[...] isso faz com que a gente esteja muito estressado, muito angustiado, mas muitos não pensam assim e fazem um esforço pra gente não perder a nossa identidade enquanto serviço. <sup>E6</sup>

[...] às vezes tu precisa, até porque se não a gente começa a absorver as coisas, problema de cada um, e a gente vai ficando meio triste, a gente não tem aquela barreira que às vezes as psicólogas têm, que elas aprendem a não se envolver muito. <sup>E8</sup>

Os membros da equipe enfatizam que entre eles há uma relação de apoio diante de dificuldades, sejam pessoais, sejam profissionais. Salientam que o trabalho em saúde mental é muitas vezes difícil de ser desenvolvido.

Para Tavares (2005), a prática interdisciplinar requer profissionais capazes de construir um trabalho pautado no enfrentamento criativo dos problemas cotidianos que devem ser enfrentados em equipe.

O profissional deve ser persistente com o tratamento do indivíduo em sofrimento psíquico que muitas vezes retrocede, regride, ocasionando um sentimento de fracasso por parte do profissional que pensa em desistir ao presenciar diversos retrocessos.

Nessas horas, o laço que envolve a equipe é de extrema importância, porque nem todos os membros pensam da mesma forma e um pode colocar uma idéia nova, propor uma nova tentativa de tratamento àquele usuário.

Ao trabalhar em saúde mental, o profissional sofre um grande desgaste emocional e, ao se sentir desgastado, busca ajuda primeiramente nos colegas de equipe, pode se sentir confortado pelas pessoas que vivenciam o mesmo tipo de experiência que ele.

Segundo Waidman e Elsen (2005), buscar junto a outros profissionais de saúde a solução para dificuldades ajuda na elaboração e no oferecimento de um cuidado digno para a pessoa que esteja precisando de ajuda.

Há a promoção de espaço para que o profissional com dificuldade possa expor sua situação aos demais e, assim, através da troca de experiências, vislumbrar uma solução ou utilizar esse espaço para extravasar seus sentimentos. Esse espaço funciona como uma “válvula de escape”.

O trabalho assistencial deve ser realizado de forma integrada, otimizando as ações dos profissionais, tendo em vista que não se constrói um trabalho interdisciplinar simplesmente somando contribuição de profissionais. A construção de um trabalho interdisciplinar requer parceria e promove o estreitamento de relações e vínculos.

Segundo Fazenda (1994), a parceria pode constituir-se em fundamento de uma proposta interdisciplinar se considerarmos que nenhuma forma de conhecimento é em si mesma racional. A parceria consiste numa tentativa de incitar o diálogo com outras formas de conhecimento a que não estamos habituados, e nessa tentativa, a possibilidade de interpenetração delas.

Entre os profissionais há uma abertura ao diálogo, membros da equipe com dúvidas e/ou inexperientes encontram acolhimento em colegas que se colocam à disposição para esclarecê-las, ajudar e até ensinar o que puderem a fim de oferecer uma melhor assistência.

Assim, interdisciplinaridade é uma questão de atitude, onde a relação que se estabelece entre os membros da equipe é uma relação de reciprocidade, de mutualidade, que pressupõe uma atitude diferente a ser assumida diante do problema do conhecimento, ou seja, é a substituição de uma concepção fragmentária para unitária do ser humano. Está também associada ao desenvolvimento de certos traços de personalidade, como flexibilidade, confiança, paciência, intuição, capacidade de adaptação, sensibilidade em relação às demais pessoas, aceitação de riscos, além de disposição para aprender a agir na diversidade e aceitar novos papéis (FAZENDA, 1996).

A interdisciplinaridade consiste em uma visão aguda dos limites de cada disciplina frente a dificuldades, onde se faz necessário que haja, além de uma cooperação entre áreas do saber, uma cooperação entre os profissionais.

Japiassu (1976, p. 135) refere que “a cooperação interdisciplinar exige, por definição, qualidade de tolerância mútua, de abnegação e, até mesmo de apagamento dos indivíduos, em proveito do grupo”.

Esse apagamento não aparece nos discursos dos profissionais, que vêem essa cooperação como conseqüência do bom relacionamento entre os membros da equipe

### 5.3 Interdisciplinaridade permite a construção a partir da diferença

[...] acho que a interdisciplinaridade é um ponto básico no trabalho pra gente poder ter idéias diferentes e poder trocar essas idéias, discutir. <sup>E1</sup>

[...] cada vez que surge um novo caso sempre tem uma discussão e a gente nota que sempre se consegue já dar um encaminhamento [...] cada um faz a sua parte, porém troca idéias com os demais que também conhecem ele, que também atuam, que trabalham junto com esse paciente. É feito uma troca nesse sentido de conhecimento e de pensamento, de atitude. <sup>E2</sup>

[...] trocar conhecimento, pra que se possa trocar o que cada um com seus instrumentos de trabalho pode fazer, pode somar e agregar no dia-a-dia [...] nossa equipe trabalha muito bem interdisciplinar, há um respeito por cada área, as pessoas se fazem ouvir e são ouvidas [...] as relações se dão mais na horizontalidade. <sup>E3</sup>

[...] eu venho participando dessas discussões, dessas pesquisas dentro da equipe [...] poder buscar esses pontos de anotamento dos diferentes pontos de saberes [...] é conviver com as diferenças [...] a gente tem que saber compor com essas diferenças [...] a gente consegue ir compondo minimamente alguns acordos clínicos pra seguir trabalhando em equipe. <sup>E4</sup>

[...] essa medicação tá tornando esse sujeito embotado, ele não produz nada, essa medicação tá tornando esse sujeito afásico, ele não consegue se expressar; ela vai discutir isso com o psiquiatra, o psiquiatra vai levar isso em conta porque sabe que o trabalho da terapeuta ocupacional é um dos eixos condutores desse serviço. <sup>E4</sup>

[...] eles [profissionais] têm várias formas, então eu fui buscando, interagindo com esses campos. <sup>E5</sup>

[...] conseguindo fazer como eu gostaria das discussões de casos, das interconsultas, onde a gente pudesse pensar junto como é que está indo sobre o caso. <sup>E6</sup>

[...] quando tu faz o plano terapêutico, tu tem que, como profissional, votar. Sempre se fala num sistema de micro equipe assim [...] tem essa troca que se dá constantemente, a prática das interconsultas [...] até pelo fato da discussão, de um poder falar para o outro o que pensa, ter opiniões diferentes. <sup>E7</sup>

Os trabalhadores do CAPS apontam que há um respeito pelas diferentes categorias profissionais no trabalho interdisciplinar.

O trabalhador tem suas idéias ouvidas pelo restante da equipe e sente-se à vontade para opinar, concordando ou discordando dos demais.

Kohlrausch (1999) considera que nos locais onde elementos como a plasticidade, o ouvir o outro e o acolhimento são respeitados no planejamento do cuidar, percebe-se uma maior satisfação, tanto do ponto de vista dos profissionais, como dos clientes que são inseridos nesse mundo.

Os profissionais referem que a interdisciplinaridade possibilita a discussão, no sentido de haver um acordo para a forma de seguimento dos planos terapêuticos. Como os profissionais estarão atuando juntos, compartilham opiniões, experiências, percepções... Há uma troca constante de diferentes pontos de saberes e fazeres, e isso possibilita que surjam inovações no trabalho.

A interconsulta aparece nos relatos como o momento em que mais ocorrem as discussões de equipe e, como o ponto do qual iniciarão as intervenções dos diferentes profissionais. O plano terapêutico individualizado é composto a partir das diferenças que surgem nessas discussões.

Waidman e Elsen (2005) destacam que um cuidado ético preocupa-se com tudo que envolve o ser humano, com tudo que o rodeia, ou seja, com a sua singularidade, igualdade, desigualdades, harmonias e conflitos. Não pode ser baseado numa única estratégia; deve ser livre, criativo e não pode ter medo de inovar.

Dessa forma, o trabalho assistencial em saúde mental deve promover um atendimento cooperativo, participativo, com diálogo aberto e igualitário entre os membros da equipe, sendo que essas características condizem com algumas características da prática interdisciplinar.

Esse diálogo requer uma relação horizontal de pessoa para pessoa e pressupõe que haja abertura e revelação da realidade pessoal, a fim de estabelecer uma reflexão na equipe. O diálogo requer, ainda, um conhecimento prévio da realidade pessoal e profissional do outro, requer uma aproximação dessas realidades, onde o diálogo busca estabelecer um significado coletivo e horizontalizado entre os diversos saberes, para a superação das dificuldades com que os profissionais, muitas vezes, se deparam.

Costa e Creutzberg (1999) afirmam que as vivências e as práticas interdisciplinares só serão possíveis se os profissionais possuírem características de humildade, de abertura e de disponibilidade para formar vínculo com outros trabalhadores, mantendo para isto, sua competência profissional, que lhe fornece a segurança necessária para o exercício da autonomia e da prática compartilhada.

O estabelecimento da interdisciplinaridade só é possível a partir de uma maturidade que se espelha num dimensionamento modesto e relativo das perspectivas, bem como num abandono de aspirações totalizadoras de cada disciplina.

A prática interdisciplinar deve permitir que a equipe possa discutir as situações do paciente, propor soluções em conjunto, visando à inovação, avaliando as necessidades e intervindo para satisfazê-las, se fazendo necessário que a equipe dialogue nas situações de embate.

#### **5.4 Interdisciplinaridade é um conjunto de profissionais com diferentes formações**

[...] a equipe é formada por pessoas formadas em diferentes áreas. <sup>E2</sup>

[...] reconheço que é importante fazer com outra pessoa, com um profissional que tenha outra formação, pela especificidade de cada profissão. <sup>E3</sup>

[...] depois a gente começou a se reunir, começou a agregar uma série de outras pessoas ao trabalho de equipe, nós pensávamos em um trabalho de equipe interdisciplinar, queríamos que houvesse várias disciplinas trabalhando na mesma direção [...] o nosso passo inicial foi produzir uma discussão em cima das discussões de caso, principalmente trabalhar a visão de cada disciplina. <sup>E4</sup>

[...] tem muitas pessoas, inclusive do mesmo campo de saber que têm, dentro desse campo de saber, formações distintas. <sup>E4</sup>

[...] a gente tem um diálogo entre as disciplinas onde a direção do tratamento é única, apesar de nós sermos disciplinas distintas intervindo sobre o sujeito. <sup>E4</sup>

[...] eu acho que é muito da disponibilidade de cada um, do desejo de cada um. Não adianta tu trazer alguém que tem uma visão só de um campo [...] uma coisa de cada um assim, de estar aberto, de querer aprender, de se disponibilizar [...] é muito do desejo, da disponibilidade de cada um poder trabalhar com a interdisciplinaridade. <sup>E5</sup>

[...] na medida do possível, não se privilegiar uma disciplina, que um tem mais poder que o outro. <sup>E7</sup>

[...] agora vai ter esse seminário, eu vou participar também pra saber a situação, porque a gente na faculdade não aprende essas coisas, só dentro da nossa área mesmo. <sup>E8</sup>

A equipe interdisciplinar é vista pelos entrevistados como um conjunto de profissionais de diferentes áreas de formação.

Nos discursos, transparece o reconhecimento dos profissionais em relação à importância de haver diferentes disciplinas trabalhando juntas, na mesma direção, buscando o mesmo objetivo. Os profissionais valorizam as especificidades de cada profissão, a visão que cada profissional tem do mesmo caso.

No entanto, Japiassu (1976) alerta que o trabalhador necessita possuir segurança no conhecimento de sua área para poder partir em direção a interações com disciplinas diferentes. São necessários os fundamentos sólidos e a competência das disciplinas individualmente, porque é ilusório pensar que a colaboração possa suprir miraculosamente as carências de uns e de outros, ou mesmo, as conseqüências do estado ainda precário de uma ou outra disciplina.

Os profissionais ressaltam que nem sempre formações distintas significam diferentes disciplinas. Acontece de trabalhadores da mesma disciplina, com a mesma profissão, terem formações diferentes, olhares diferentes.

A formação que recebem na academia por vezes é muito limitada, não prepara para o trabalho interdisciplinar; assim, aceitar conviver com diferentes categorias profissionais depende do trabalhador, de sua disponibilidade e interesse em vivenciar novas possibilidades.



Encontrar e cultivar um espaço junto a uma outra área requer do profissional persistência, paciência, disposição para a interlocução, humildade para reconhecer os próprios limites, autoconfiança e ousadia para promover avanços (FAZENDA, 1994).

Referem que nenhuma disciplina é privilegiada, todas as profissões são vistas da mesma forma, têm o mesmo valor. Os trabalhadores concebem que não conseguiriam dar conta da complexidade do trabalho sozinhos.

Bursztyn (1999) afirma que para a implantação da interdisciplinaridade há que se romper com preconceitos especialistas, deixando claro que a visão generalista e integradora não é uma qualidade menor, é um atributo necessário ao enfrentamento de problemas complexos.

Os profissionais relatam que suas ações têm concentrado formas de integração entre os saberes, articulando a prática e a construção do conhecimento, compreendendo que sua concretização exige um pensamento central que ligue as diversas disciplinas em torno de um projeto comum.

A interdisciplinaridade é reforçada pelo processo de integração dos membros, a partir do somatório de conhecimentos de áreas distintas, onde há o respeito mútuo pela particularidade de cada profissão e do reconhecimento da necessidade da complementaridade para uma ação mais efetiva.

Para Meirelles e Erdmann (2005) o que se pretende com a interdisciplinaridade é a busca de integração, de instaurar formas de totalidade em um campo de saber múltiplo, pluralista, heterogêneo.

No contato com os diversos saberes, o profissional terá maior chance de visualizar e encontrar estratégias de ação e enfrentamento coletivos para a resolução de problemas, articulando saberes de outras áreas, e, conseqüentemente, terá maior chance de realizar uma prática mais humanizadora.

Segundo Oliveira e Silva (2000), o exercício do pensamento complexo acontece a partir da integração entre os diferentes profissionais e pode sustentar epistemologicamente o novo modelo de atenção psicossocial.

Uma estrutura interdisciplinar onde atuam diversos profissionais de saúde possibilita reflexões sobre a forma como se compartilham os conhecimentos para, então, se repensar a maneira pela qual se assiste o usuário do serviço, evitando-se atitudes individualistas que nada favorecem o conhecimento, bem como a assistência a essa clientela.

A partir de uma proposta de trabalho interdisciplinar acontece a valorização da relação entre pessoas e não relações de poder, visto que, cuidar do indivíduo em sofrimento psíquico e de sua família requer um trabalho interdisciplinar efetivo e não a presença de profissionais de diferentes disciplinas trabalhando isoladamente.

A interdisciplinaridade tem como característica incorporar os resultados de múltiplas especialidades, formando cada um os seus esquemas, instrumentos e técnicas de assistência, com uma integração efetiva. Isso fornece a idéia de ligar a teoria à prática, não se tratando apenas de conhecer, mas de ampliar o conhecimento, vislumbrando possibilidades reais de transformação.

### 5.5 Interdisciplinaridade é agregar outros saberes e fazeres

[...] a nossa equipe aqui, a gente estuda um monte [...] a gente tá sempre estudando, todos nós. A gente faz supervisões, a gente faz apresentações de pacientes. <sup>E1</sup>

[...] é uma equipe que ajuda muito a pessoa a crescer, porque nas reuniões e orientações, a gente pode também fazer parte das discussões, dar relatos, experiências [...] a interdisciplinaridade, eu acho que favorece o conhecimento. <sup>E2</sup>

[...] dentro do teu saber, dentro do teu fazer, tu vai agregando outros saberes, outros fazeres, as relações se dão mais na horizontalidade [...] o que cada um com seus instrumentos de trabalho pode fazer, pode somar e agregar no dia-a-dia. <sup>E3</sup>

[...] e essa abertura existe, e ali começa a conversa, começa o debate, começa o trabalho interdisciplinar, ali que vai se constituir. <sup>E4</sup>

[...] foi aqui dentro que eu aprendi tudo. <sup>E5</sup>

[...] não é aquela coisa ao assistente social, é junto com o assistente social a gente poder pensar num plano terapêutico que inclua, que englobe a situação social daquele usuário. <sup>E6</sup>

[...] são casos muito complexos, muito difíceis e para problemas complexos, precisa de respostas complexas e assim entra, acho que a medicina unicamente não dá conta disso, acho que precisa mais fazeres de outros profissionais trabalhando juntos. <sup>E7</sup>

[...] eu acho que é importante, por isso que eu tô participando aqui e vou fazer esse seminário e tudo que puder fazer pra desenvolver esse lado que eu não conheço muito [...] eu acho que eu vou aprender bastante coisa nessa área. <sup>E8</sup>

Os profissionais do CAPS relatam que no trabalho interdisciplinar o aprendizado é constante. Referem que realizam frequentemente supervisão, apresentação de caso, orientação e reunião de equipe.

Os trabalhadores compartilham seus conhecimentos e contribuem para o crescimento profissional dos membros da equipe. Como são profissionais de áreas distintas, vêem como positiva essa troca de conhecimentos; todos contribuem de alguma forma.

Há declarações de quem atribui seu conhecimento atual para o trabalho no serviço aos ensinamentos vindos de seus colegas e, também, de quem admite não ter experiência e vislumbrar nessas interações com outros membros da equipe a aquisição do conhecimento necessário para a realização do trabalho.

Devido à complexidade do trabalho junto ao indivíduo em sofrimento psíquico, declaram que o fazer só de um profissional não é suficiente, é necessário que haja a mobilização de mais profissionais, é necessário que haja mais fazeres junto a este indivíduo.

Para disponibilizar um atendimento integral ao indivíduo, é necessário que o profissional aceite as limitações existentes em relação à disciplina que domina e reconheça que as diversas dimensões do sujeito só são atendidas por mais de um campo de saber. A interdisciplinaridade acontece a partir da aceitação que um único saber específico jamais abrange a multidimensionalidade do indivíduo em sofrimento psíquico. Há que acontecer a integração desses vários saberes (MATTOS, 2001).

A interdisciplinaridade firma-se a partir do conhecimento disciplinar consistente e em permanente desenvolvimento e suas ações possibilitam análises mais integradas dos problemas de saúde, visando uma prática de cuidar marcada pela intensidade das trocas e integração de conhecimentos. É um processo que ocorre fundamentalmente de forma educativa para todas as partes, em direção ao indivíduo assistido.

A interdisciplinaridade tem sido considerada por diversos autores como uma alternativa para se alcançar as inovações propostas pelo novo modo de atenção em saúde, que requer profissionais capazes de articular conhecimentos profissionais específicos com o de toda a rede de saberes envolvidos no sistema de saúde.

A instauração de um novo discurso para a interação entre os profissionais da área da saúde mental em relação ao paciente caracteriza-se por uma abordagem

com novas relações disciplinares, fornecendo caminhos para o conhecimento, reconhecendo-se a interdisciplinaridade como maneira de apreender a sua relação com aspectos da realidade da pessoa atendida e dos profissionais, colegas de equipe.

Segundo Costa e Creutzberg (1999), a proposta interdisciplinar traz como principais vantagens a possibilidade de pensar o sujeito na sua totalidade e o crescimento pessoal e profissional dos integrantes do processo, que ampliam sua visão dos fenômenos e do mundo pela derrubada das barreiras disciplinares.

O desenvolvimento do trabalho interdisciplinar coloca em perspectiva a interconexão do conhecimento, buscando cada vez mais a instituição de dimensões mais amplas e globalizantes nas esferas do saber e do fazer.

A interdisciplinaridade promove o intercâmbio e o estreitamento de relações e vínculos, favorecendo o avanço do conhecimento.

Há defensores da idéia de que há necessidade de especialização em certas áreas como um diferencial para o mercado, porém, não podemos nos alienar frente aos conhecimentos que estão diretamente relacionados com o que buscamos, cujos conteúdos fornecem dados que facilitarão nossa adaptação a ambientes novos. E o trabalho interdisciplinar permite que durante o seu desenvolvimento, o conhecimento avance.

A interdisciplinaridade permite a construção ou reconstrução do conhecimento, através da ação conjunta de profissionais de diferentes áreas, possibilitando o desenvolvimento de integração entre os especialistas.

## 6 REFLEXÕES

O movimento da reforma psiquiátrica tem exigido dos profissionais que trabalham no campo da saúde mental, sejam eles especialistas ou pesquisadores, educadores ou cuidadores, uma postura mais terapêutica e engajada frente ao sujeito em sofrimento psíquico e seus familiares, que tenham plasticidade.

Na tentativa de compreender as concepções que uma equipe de saúde mental que atua em um CAPS tem sobre a interdisciplinaridade em seu trabalho, pude elucidar alguns aspectos envolvidos no cotidiano desses profissionais.

A equipe concebe que a interdisciplinaridade está presente em seu trabalho. Os profissionais tentam atuar de maneira interdisciplinar, guiando-se por um plano terapêutico construído juntamente com os usuários do serviço, por meio de uma escuta atenta em um relacionamento face a face e tendo por objetivo a reabilitação psicossocial.

Os trabalhadores concebem a interdisciplinaridade como grupo de profissionais de diferentes áreas que atuam conjuntamente, buscando o mesmo objetivo. Profissionais estes que se apóiam em momentos de dificuldades e cujo apoio é fundamental para a recuperação do membro da equipe que se encontra fragilizado.

Concebem também, que o fato de a equipe ser formada por trabalhadores de diferentes profissões, enriquece a prática do atendimento, favorece a inovação da assistência e possibilita o intercâmbio de experiências, saberes e fazeres.

Destacam que a formação acadêmica é muito limitada à área em estudo e que trabalhando em equipe interdisciplinar, recebem ensinamentos muito valiosos para o exercício da prática profissional.

Concebem ainda que o trabalho interdisciplinar permite que todos os profissionais possam se posicionar, dar suas opiniões, são ouvidos pelo restante da equipe. Todas as disciplinas têm igual valor e há a valorização das especificidades de cada especialidade.

A interdisciplinaridade se propõe a ampliar a visão de mundo, de nós mesmos e da realidade, com o propósito de superar a visão disciplinar, tão utilizada em vários setores.

Dessa forma, é importante articular as diversas disciplinas numa só forma de lidar com as transformações políticas, sociais, culturais e econômicas que o país sofre atualmente, destacando-se a reforma psiquiátrica e as novas políticas de saúde mental. Nesse contexto, a interdisciplinaridade serve como um instrumento condutor para a saúde mental, em busca de mudanças, inovações, com resultados que venham somar conhecimentos e redundar em esforços, no processo de desenvolvimento da área da saúde, com o estabelecimento de diálogos construtivos em encontros, seminários, reuniões de equipe, supervisões e no dia-a-dia, trabalhando sempre a diversidade, a complexidade e a dinâmica social relacionada ao indivíduo com transtorno mental.

O estabelecimento de uma prática interdisciplinar requer profissionais comprometidos com uma nova forma de lidar com o conhecimento, capazes de articular conhecimentos profissionais específicos com o de toda a rede de saberes envolvidos no sistema de saúde, por meio de uma ação dialógica com diferentes atores sociais, visando o enfrentamento dos problemas de saúde e a melhoria nas condições de vida.

Interdisciplinaridade consiste em uma inter-relação e interação das disciplinas a fim de atingir um objetivo comum e o envolvimento dos profissionais e as ações desenvolvidas no serviço contribuem com a construção de uma assistência de melhor qualidade.

Os resultados do trabalho em equipe irão beneficiar o paciente e os profissionais, já que as questões que envolvem a saúde mental e família são complexas e precisam envolver mais de uma disciplina, ou seja, mais de um saber específico.

Os limites encontrados no desenvolvimento da prática interdisciplinar acarretam dificuldades para seu desenvolvimento e crescimento. Com isso, a equipe deve ser estimulada a superar suas fragilidades, buscando seu fortalecimento e de suas ações, bem como a valorização de seus resultados.

Apesar das dificuldades relativas à fragmentação dos saberes e práticas, ao desconhecimento e preconceito acerca dos campos e núcleos das profissões da saúde, tem havido muitos esforços para estabelecer a integração dos diferentes tipos de saber.

Cada disciplina costuma constituir um domínio de conhecimentos relativamente coerente e coordenado, mas, infelizmente, demasiado fechado sobre

si mesmo. Este aspecto se manifesta assim que se procuram estabelecer conexões entre disciplinas diferentes. É sempre muito difícil transcrever os conhecimentos de uma disciplina, ou as questões que ela se coloca, no quadro conceitual e no formalismo de outra disciplina. E aí está o maior obstáculo que as práticas interdisciplinares se esforçam por vencer.

Trabalhar interdisciplinarmente ainda se constitui um desafio ao qual precisamos nos empenhar, vislumbrando um cuidado adequado ao indivíduo em sofrimento psíquico e sua família, no contexto da reforma psiquiátrica.

As práticas interdisciplinares podem ser uma contribuição importante não só para o progresso dos conhecimentos, mas também para a renovação do humanismo de que temos tanta necessidade, tanto pelo espírito de compreensão mútua que favorecem, como pela preocupação que as incentiva a estabelecer laços entre os diferentes saberes.

Para que esse progresso e essa renovação ocorram, basta que as práticas interdisciplinares não sejam asfixiadas pelos que preferem, ou mesmo desejam, por várias razões, a manutenção da segregação dos conhecimentos especializados. Isto não significa voltar a questionar a necessidade das disciplinas especializadas que, evidentemente, são indispensáveis. Faz-se necessário que ao lado destas, os esforços para chegar a uma melhor síntese dos conhecimentos tenham espaço.

A saúde é considerada uma área eminentemente interdisciplinar e a integração de disciplinas no âmbito dos cursos que preparam recursos humanos para atuar nesse campo, certamente poderão levar à formação de profissionais mais comprometidos com a realidade de saúde e com a sua transformação, proporcionando abordagens de saúde que sejam eficazes, competentes e que tenham uma face humana.

Considero que com o olhar compreensivo que o método fenomenológico propicia e com o suporte das produções já desenvolvidas sobre o trabalho no contexto da reforma psiquiátrica, consegui desvelar as concepções que os profissionais que atuam em um Centro de Atenção Psicossocial têm sobre a interdisciplinaridade em seu trabalho nesse serviço.

## REFERÊNCIAS

- ALARCÃO, I.; RUA, M. Interdisciplinaridade, Estágios Clínicos e desenvolvimento de competências. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 373-82, jul./set. 2005.
- AMARANTE, P. (coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- BABINSKI, T.; HIRDES, A. A reabilitação psicossocial: a perspectiva de profissionais de centros de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 568-76, out./dez. 2004.
- BRASIL – **Portaria 224, de 29 de janeiro de 1992**. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Brasília: Diário Oficial da União, 1992
- \_\_\_\_\_. Portaria n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002. Atualiza normas constantes da Portaria MS/SAS n.º 224, de 29 de janeiro de 1992 e estabelece os Centros de Atenção Psicossocial nas modalidades CAPS I, CAPS II e CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. In: Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. 5 ed, Brasília: Ministério da Saúde; 2004, p.125-36.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução 196, de 10 de outubro de 1996**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS, 2003.
- BURSZTYN, M. Interdisciplinaridade: é hora de institucionalizar!. **Ambient. soc.**, Campinas, n. 5. 1999. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-753X1999000200019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-753X1999000200019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 set. 2007.
- CARVALHO, E. J. G. Interdisciplinaridade para quê?. **Revista Comunicações.**, Piracicaba, ano 9, n. 1, junho. 2002. Disponível em: <http://www.unimep.br/php/index.php#>>. Acesso em: 14 set. 2007.
- COSTA, A. M.; CREUTZBERG, M. Interdisciplinaridade: percepção de integrantes de um programa de promoção e atenção à saúde. **R. gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 20, n. esp., p. 58-69. 1999.



COSTA-ROSA, A. da. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org.). **Ensaio**s: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

DELATTRE, P. Investigações interdisciplinares. Objectivos e dificuldades. In: POMBO, O.; LEVY, T.; GUIMARÃES, H. (org.). **Antologia I**. Ciência Integrada, Interdisciplinaridade e Ensino Integrado das Ciências. Lisboa: Mathesis / DEFCUL, 1990. Disponível em: <<http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/opombo/mathesis/delattre.htm>>. Acesso em 14 set. 2007.

FAZENDA, I. C. A. **Interdisciplinaridade**: história, teoria e pesquisa. Campinas: Papirus, 1994.

\_\_\_\_\_. **Interdisciplinaridade**: um projeto em parceria. 3 ed. São Paulo: Loyola, 1995.

\_\_\_\_\_. **Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro**: efetividade ou ideologia?. 4 ed. São Paulo: Loyola, 1996.

GOMES, R.; DESLANDES, S. F. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. **Rev Latino-Am Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p.103-14, julho. 1994.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

KOHLRAUSCH, E. O modelo assistencial clínico e algumas possibilidades de fazer diferente. **R. gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 20, n. esp., p. 70-85. 1999.

LEÃO, A. **As práticas de inclusão social: o desafio para os serviços de saúde mental**. São Paulo: EEUSP, 2006. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7134/tde-02102006-101737/>>. Acesso em 14 set. 2007.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia**: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Moraes/EDUC, 1989.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001.

MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. A interdisciplinaridade como construção do conhecimento em saúde e enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 411-25, jul./set. 2005.

MINAYO, M. C. de S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 13 ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

OLIVEIRA, F; SILVA, A. Enfermagem em saúde mental no contexto da reabilitação psicossocial e da interdisciplinaridade. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 4, n. 53, p. 584-92, out./dez. 2000.

PITTA, A. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

ROCHA, R. M. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do centro de atenção psicossocial e as possibilidades de cuidar. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 350-7, jul./set. 2005.

SARACENO, B.; ASIOLI, F.; TOGNONI, G. **Manual de saúde mental: guia básico para atenção primária**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

TAVARES, C. M. M. A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 403-10, jul./set. 2005.

WAIDMAN, M. A. P.; ELSEEN, I. O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 341-9, jul./set. 2005.

## Anexo A – Entrevistas

### Entrevista 1

Bom, eu trabalho com Saúde Mental já fazem 17 anos, né. Nesse tempo, assim, sempre dentro das linhas gerais da Reforma Psiquiátrica, né. Então o que que a gente entende, o que que eu entendo como trabalho de Saúde Mental? Os pacientes, as pessoas com transtornos mentais graves sempre foram muito mal entendidas pelas pessoas. Então, assim, de alguma forma, sempre enclausuradas, sempre amarradas, sempre contidas, sempre de uma forma assim a não poder expor muito o que sentiam aqui, porque isso as pessoas também não entendiam muito. Então, desde o tempo que eu faço estágio, eu fiz estágio no Hospital São Pedro, sabe?! Eu já fazia uma espécie de um trabalho assim que eu já achava diferenciado assim. Como sou terapeuta ocupacional, de poder estar mais perto das pessoas, estar propiciando assim, escutando o que que aquelas pessoas tinham de limitações e como a gente podia estar auxiliando essas pessoas a estar, além do seu tratamento, né. Porque como se trabalha numa equipe interdisciplinar, cada um dessa equipe, cada profissional, tem uma função mais específica, né, e é esse conjunto, esse trabalho junto que dá a reabilitação, né. Então assim, não adiantaria só ter o psiquiatra, só ter o terapeuta ocupacional, ou só... cada um faz, e a minha parte nessa função é poder ver assim, o que que do fazer desta pessoa, caso a caso, o que que essa pessoa não está conseguindo retomar das suas atividades que fazia antes da sua doença e poder estar pensando pra além disso, né. Então, eu me lembro que desde o meu estágio no São Pedro com pessoas que já residiam dentro do hospital, né, já moravam lá, a gente ficava... eu comecei a ver que as pessoas vinham muito de zonas rurais, muito de zonas onde trabalhavam em hortas, trabalhavam com plantações e ali eles não faziam isso. Então desde lá, comecei a escutar esse fazer e a trabalhar justo com esta questão assim, de poder estar retomando, de montar uma horta lá, de estar chamando um agrônomo, de estar chamando uma psicóloga, chamando uma pessoa da educação física; pra fazer um trabalho interdisciplinar também, mas com a horta, né. Então chamava as pessoas que tinham essa lida. Então, sempre pensando no fazer daquelas pessoas e de que forma elas podiam, além do seu tratamento estar retomando suas atividades, né. Quando entrei no CAIS, e o CAIS, ele começou como um ambulatório, ele começou... o CAIS Mental este nosso, começou também com um atendimento só em ambulatório. As pessoas vinham, eram atendidas e iam embora. Então não existia o CAD, o Centro de Atenção Diária. E, desde esse início, a minha idéia sempre foi, sempre fui a frente disso, assim, de, bom, as pessoas, elas nos procuram e elas tem uma limitação não só pela sua doença, mas porque elas precisam de ajuda justo nisso, né. Então nós começávamos a fazer, mesmo no ambulatório, oficinas com as pessoas e ver o que que da sua atividade poderiam estar fazendo fora também do atendimento, não só dentro do CAIS. Por exemplo, me lembro, logo no início, nós tínhamos uma oficina, que a gente chamava uma oficina de teatro, onde a gente fazia exercícios físicos, exercícios de expressão dentro do CAIS e essas pessoas começaram a se inserir em oficinas fora do CAIS. Que nós íamos junto no Centro Comunitário, que nós íamos junto na Casa de Cultura, nós íamos... fazíamos com que essas pessoas pudessem, além do seu tratamento, ter uma atividade fora também para retomar os laços, para retomar sua inclusão social. Então, a minha parte é muito essa assim, de ver a pessoa para além de sua doença, ver o que que ela está, mesmo doente, ela tinha ainda de princípios, de o que que pode estar sendo resgatado, né. Depois, então, nós montamos então o Centro de Atenção Diária, a equipe como um todo, e eu era, como terapeuta ocupacional, essa pessoa que ficava coordenando as atividades, né. Então, eram poucas as atividades, não é como hoje que têm muitas. Então, existiam poucas

atividades, mas eu que falava: “Agora tem a atividade tal! O que que nós vamos fazer?”. A gente fez um diagnóstico para ver assim, quem são os pacientes que nos procuram, quem são as pessoas, que idade que essas pessoas têm, o que que essas pessoas nos falam da sua história clínica que poderia estar gerando uma atividade e que essas pessoas tivessem aproveitamento dessa atividade, né. Então, essa oficina de beleza, ela começou logo nos primeiros dias de CAD quando a gente começou a ver que as pessoas ficavam aqui, a gente viu que a primeira coisa que elas esqueciam quando adoeciam era da sua aparência, né. Então, eu que inventei e falei: “Vamos começar a cuidar da aparência dessas pessoas!” E aí, eu comecei com a X, nós duas que fazíamos a primeira oficina, a cuidar da aparência das pessoas. Não tinha uma sala apropriada, era uma sala de atendimento onde a gente botou um espelho, onde a gente começou a cuidar da unha, a cuidar do cabelo. Essa oficina, ela, a princípio, assim quando a pessoa estava muito mal, a gente fazia, né, isso nas pessoas. Depois quando as pessoas melhoravam, elas ajudavam, faziam uns nos outros. Então as atividades... primeiro elas eram, todas as atividades, elas... E o que eu entendo por uma atividade que tenha um cunho assim, de benefício? É que elas possam ser criadas por dois fatores: uma porque é o que os pacientes precisam, é, a gente escuta na história clínica de cada um ou como a gente vê aquela pessoa. Então pegar esse gancho e criar uma atividade. Mas o segundo fator, e muito importante é o também, o técnico, o trabalhador ter alguma relação com: “Eu gosto de fazer isso ou eu gosto de fazer aquilo”, então isso é muito importante. Não adianta colocar qualquer pessoa lá na oficina de beleza e dizer: “Olha, é muito importante cuidar da aparência”, se aquela pessoa não se identifica com aquela atividade. Então, o profissional se identificar também com o que faz é muito importante, né. A partir de criadas essas atividades, então que era o Centro de Atenção Diária, quando? Segunda, terça, até sexta, sempre tinham atividades, eu vi que já estava funcionando e que não só os terapeutas ocupacionais faziam as atividades, mas o psicólogo começou a entrar, o assistente social, a enfermagem. Quando eu percebi que todos os profissionais já estavam engajados nisso, então, eu saio da coordenação dessa, do CAD, né, e começo a pensar, eu e outra colega, numa oficina de geração de renda fora do CAIS. E aí que cria, a gente cria, a “Geração de Renda”. Então, aí criamos. Aí a gente começou a pensar assim ó: “as pessoas tem que gerar renda, tem que, eles não conseguem mais voltar muito ao trabalho formal, mas eles precisam de atividades que gerem renda. Não pode ser dentro do serviço de saúde mental porque ali eles estão se tratando, tem que ser fora”. Então, a gente foi com parceria com o estado, primeiro foi dentro de um lugar lá na Bento que era do INSS. Nós criamos as oficinas. Daí tinham várias oficinas. Eu fazia a oficina de... fui, fui aprender a atividade, daí fiz a oficina de cestaria, então nós fazíamos cestas para revistas, fazíamos cestas para dar de dia das, da páscoa, a gente, cada, a gente foi criando um monte de produtos, assim, eles faziam tudo com papel, né. A gente pintava, vendia, né. Então quando a oficina de geração de renda já tinha três anos de existência, né. Então, já tinha... outros profissionais entraram, tudo, já tinha uma pessoa que coordenava, aí eu saio da oficina de geração de renda e crio o “Em Série”, né. Então, sempre, a minha, o meu trabalho, eu vou falar um pouco do projeto “Em Série”, mas o meu trabalho sempre foi assim ó: “Bom, o que que está faltando agora? O que que esses pacientes estão nos dizendo que está faltando, então a gente criar? né”. Então faltava um espaço de ambiente dentro do CAD, aí faltava um espaço de fora do CAIS que a gente pudesse estar encaminhando eles para oficina de geração de renda. E isso levava um ou dois anos para ser montado, né, até gerar a oficina de geração de renda. Aí quando a oficina teve essa sua, funcionou bem, eu saí da oficina e criei o “Em Série”. O que que é o “Em Série”? Nós começamos a ver que as pessoas ficavam muito tempo dentro do CAIS, né. Mesmo tendo a oficina de geração de renda, mesmo sendo encaminhados, e como um trabalho de T.O. é muito de “Ah vamos voltar a estudar, o que que tu está me dizendo? Vamos voltar a fazer um curso, vamos, né!” Sempre vendo fazer com essas pessoas. Eu comecei a ver que não adiantava só encaminhar, que era muito importante a gente ter uma

parceria na cidade, trabalhar com, realmente com as instituições em parceria porque assim ó, eu tive uma experiência, por exemplo, o “Em Série”, ele começou com uma visita ao Grêmio, ao esporte lá do futebol do Grêmio, né. Onde a gente perguntou pro marketing se eles podiam nos dar ingressos, né, nós tínhamos aqui dentro do CAIS, como até hoje temos, um grupo de futebol. Essas pessoas, a maioria era gremista e eles não tinham dinheiro para ir no campo. Eu fui um dia, eu confesso, fui no Grêmio, e perguntei: “Ah, a gente gostaria de ter alguns ingressos a gente tem algumas pessoas que a gente atende que são do SUS e são muito pobres. Será que teria como nos fornecer os ingressos? Né”. Daí ele disse: “Olha, sim, teríamos como fornecer, só que uma das questões é assim ó, eu te forneço três ou quatro ingressos a todo jogo do Grêmio, tudo bem, não tenho nenhum problema quando tu for no estádio Olímpico, né. Mas eu queria que tu me mandasse um monitor junto”. Daí eu perguntei: “Ah, mas, por quê? Nossa idéia é que eles possam ir com a família ou sozinhos, ou no fim-de-semana, né.” “Não, não!” Porque eu estava lá falando em nome do CAIS, eles viam como preconceito, como alguém que fosse ter um surto lá, ia ter algum problema, né. E aí, eu fiquei pensando: “Bom, o que eu quero são os ingressos, também não vou complicar”, e conseguimos os ingressos. A gente não tinha um monitor pra mandar, mas, sempre era assim ó, o secretário gostava de ir no jogo, ia junto e dizia que ele era monitor, um paciente que estava super bem, eu botava ali, monitor. Eu fui no jogo, botava, monitor. Então, sempre eu mandava alguém no nome monitor, mas não era monitor, era só porque tinha que constar. Uns quatro ou cinco meses depois, o Y, que era do Grêmio, me chamou e disse: “Oh, eu já conheço teu pessoal, né, são pessoas muito legais, não precisa mais monitor. Em vez do monitor, eu te dou mais um ingresso”. Então, surgiu o “Em Série”, eu fiquei vendo assim, na verdade, a gente vai aceitando as limitações e desconstruindo isso, né. E aí fui, bom, então se deu certo no Grêmio, eu vou em outros lugares. Daí eu fui na Datacenter, consegui cursos de informática, então fui na, na, no Senac, consegui curso de massagem, consegui cursos de inglês, de informática também, de, de, até de garçom, não, de auxiliar de cozinha. Então um curso bem longo, tudo, consegui. Aí fomos na Casa do Padeiro, conseguimos cursos. Então, assim, fui indo nas instituições, fui fazendo parcerias, e vendo assim o quanto, e não era eu ter uma vaga nesses lugares, o que que eu discutia com eles era assim ó: “Se nós tivermos alguém que tenha essas características nós vamos encaminhar, porque tem que ter a ver com a história clínica como, por exemplo, esse Z. A Casa do Padeiro foi pensada a partir dele, né. O Z tinha familiares, quando ele vivia com os familiares, eles eram, eles tinham familiares de padaria. O Z já tinha trabalhado em padaria. Depois da doença, depois da... nunca mais tinha condições de trabalhar e não sabia mais fazer. Quando ele solicita isso assim: “Ah, eu quero um curso de padaria”. Daí a gente pensou: “Ah, tem a ver com a história dele, tem a ver com a linhagem, tem a ver com tudo. Então vamos investir de novo”. E ele precisava de qualificação porque ele não poderia, do jeito que ele estava, trabalhar. Então, a gente foi, discutiu, fui em vários lugares. O que me acolheu foi a Casa do Padeiro, aí nos deram então esse trabalho. Deram o curso pro Z. O Z fez três cursos lá, gratuitos”. E aí a possibilidade era de o Z trabalhar em alguma padaria, e ele já teve daí, tinha os certificados, né. E aí, pela história dele mesmo, não deu. E depois ele abandonou o tratamento e tal. Mas o “Em Série” também surge a partir da necessidade clínica das pessoas, de que se elas não tivessem uma mediação, uma discussão, eles não chegam a se incluir socialmente, né. Daí surgiu o Cinema e Debate que a gente conseguiu a Casa de Cultura, que a gente consegue os filmes com a Comando. E foram surgindo muitas parcerias, né. Então eu vejo meu trabalho assim, aqui dentro como, muito assim, como é que a gente pode falar, algo de puxar o fora para dentro? Né. Como eles precisam muito de um local protegido, eles são do ponto de vista da doença, frágeis, e muitas vezes não conseguem se recolocar. Eu sou alguém que faço isso assim. Atualmente, né, parou o “Em Série” porque mudou a prefeitura, a gente tá com outra filosofia de trabalho, assim, de atender a crise, de bater o sintoma, de fazer com que não fique muito tempo aqui. Então o

“Em Série” não tem muito o sentido da reabilitação. Vamos ver por onde eu vou esse ano, né. Mas eu entendo o trabalho em equipe que trabalha em saúde mental, como isso assim, se renovando a cada ano, tendo, ganhando assim, a gente vendo o que que aqueles pacientes, aquele grupo que hoje a gente tá tratando, o que q eles tão precisando, o que que de alguma forma eles não tão conseguindo evoluir mesmo com o tratamento, porque tem medicação, tem psicoterapia, tem espaço protegido, mas falta, falta o que? Falta espaços fora que os aceite enquanto seres cidadãos, né. E eu sempre vejo o meu trabalho como abrindo esses espaços. Acho que é, na questão do transtorno mental, na questão da saúde mental, a interdisciplinaridade é, assim, é o ponto fundamental, né, porque é muito difícil trabalhar sozinho, é muito difícil, eu atendo aqui e também atendo no consultório, né. Os casos de transtorno mental graves que a gente atende, alguns psicóticos, tem uma transferência, tem um “endereçamento” maciço das suas questões, né, e quando é um profissional só que atende fica muito pesado, né, é muita, se a gente faz supervisão, se a gente faz, estuda, se a gente tem um suporte ainda consegue, mas se tu é um profissional que não tá mais estudando, não tá mais se analisando, e tal, fica muito pesado e aí tu acaba em função do teu paciente. E o que que é o trabalho em equipe? É onde tu divide, é onde tu, cada um faz um pouco, tem um objetivo comum, tem um plano de tratamento, tem a questão da interconsulta, onde a gente discute aquele caso, mas cada um tem uma função, tu não fica sozinho, né. Então, assim, por exemplo, eu como terapeuta ocupacional, tendo, eu sou terapeuta de vários pacientes, mas eu tendo uma retaguarda, eu saio, eu volto, eu vejo as questões da terapia ocupacional, mas eu não preciso ficar com aquele paciente só a minha experiência, né. Então, acho que a interdisciplinaridade é um ponto básico assim no trabalho e pra gente poder ter idéias diferentes e poder trocar essas idéias, discutir. Porque, assim ó, os casos que a gente atende eles evoluem, evoluem, evoluem e daqui a pouco eles estão muito bem e recaem. Então, um segura a barra do outro de não desistir daquele paciente, porque três ou quatro vezes tu investindo, fazendo de tudo e daqui a pouco tu pensa que não adianta mais, que já fez o que podia, mas tem um da equipe, dali da interdisciplinaridade, um colega teu que sugere tentar uma nova forma de tratamento. Eu acho que, assim, cada serviço, né. Os municípios podem mostrar muito isso, tem crescido muito a partir, não se tem tudo o que se precisa, a reforma psiquiátrica é uma reforma que ela precisa ser ainda construídos muitos serviços pra que ela seja efetiva, né. Porque não é só não internar as pessoas, mas é internar em última necessidade, quando realmente o espaço do CAD, o espaço da... não dá conta, mas assim, que eles possam ter o CAIS, que eles possam ter residenciais terapêuticos, que eles possam ter acompanhamento terapêutico (AT), que eles possam... É uma rede, e essa rede ela ainda é muito escassa, né. Tem uma oficina de geração de renda na cidade, tem um residencial que é a Pensão Protegida, então, de alguma forma é uma evolução, é uma evolução teórica, uma evolução da discussão, acho que os nossos profissionais eles já vêm muito mais engajados nisso assim, mas ainda não é uma rede que se possa dizer que exista, né. Por exemplo, os CAIS, iniciou um em cada região e nós temos três, tem o IAPI, o CAIS 8 e o CAIS Cruzeiro, então na cidade pra dar conta da psicose não tem, é muito pouco, então eu vejo assim que é uma filosofia que é algo que tá evoluindo, que é algo que mexe muito ainda, né, com as discussões, com a questão médica, principalmente. É algo que não tá morta, mas também não tá concluída, é algo, um processo, né. E aqui dentro, por exemplo, agora, a gente tá um pouco estagnado com isso, nós somos um serviço substitutivo, mas neste momento, com a chefia que nós estamos e com o governo que nós estamos, não é algo que se possa dizer somos, mas estamos trabalhando, estamos fazendo e em último caso quando a gente vê que tem risco pro paciente, tem risco, né, pros outros pacientes também, tem que internar, né. Então a gente precisa da internação, mas de uma internação mais breve, uma internação que possa sair e ir para um CAD, né, uma internação que tenha respaldo, e não meses numa internação e deu, que sai de lá como entrou, né. Assim, cada um tem feito por si, muito assim de batalhar, de

fazer supervisão, de fazer análise, de... Acho que o trabalhador que não faz isso, trabalhar com saúde mental, não agüenta, não tem, ele adocece, fica mal, ele não volta pra trabalhar, né. A nossa equipe aqui, a gente estuda um monte, a gente tá sempre, eu tô no mestrado agora, então fiz os... fiz Clínica da UFRGS; a gente tá sempre estudando, todos nós. Porque a gente faz supervisões, a gente faz apresentações de pacientes, a gente tá sempre tentando dividir um pouco essa questão tão dura que é, né, o trabalho. O trabalhador que não fizer supervisão, que não tiver um tratamento, fazer uma análise, uma terapia, ou seja, que buscase; que não trabalhar em equipe interdisciplinar, não agüenta, assim. Porque cada dia tem algo que não é previsto, que é algo que a gente vê assim: “Bah, podia ser com a gente, né”, é muito pesado. Acho que o mais importante que seria interessante estar frisando que cada um dentro da equipe interdisciplinar tem uma função assim, mais específica, faz um pouco de tudo, mas tem uma função específica. A minha, enquanto T. O., eu vejo que é sempre buscar um pouco do fora da cidade, da instituição pra essas pessoas. Mais isso.

## Entrevista 2

Quando a X me deu esse trabalho, inicialmente eu não conhecia praticamente nada de Saúde Mental, eu vim de outras áreas de saúde hospitalar, né, sem conhecer a mental. Aí, formou-se uma equipe, né, com o intuito de fundar o CAIS e eu comecei a participar desde o início desse trabalho, né, e a equipe se reunia elaborando, né, como seria esse trabalho, como seria o CAIS, né. Esse nome CAIS, aleatoriamente, CAIS como um porto, como um lugar de chegada, de acolhimento, né, que também tem a denominação de Centro de Atendimento Integral em Saúde Mental, né. E a gente foi estudando, eu fui tomando conhecimento de como seria esse trabalho. Já estava trabalhando, na época, com saúde mental, né. Tinha pouco conhecimento, mas já estava conhecendo os primeiros pacientes assim, que era um grupo de pacientes que foi, quando fechou a Pinel, que deixou de ser pública, e passou a ser privada; e mais alguns pacientes do São Pedro que foram avaliados com chances de poder, né, retomar com a vida após o tratamento diferenciado e sair lá de dentro. Então, esses pacientes eram num número de 50, sendo que em cada casa tinha deficiências, né. Eu trabalhava em uma das casas ali da João Pessoa. Fundado o CAIS, a equipe se dividiu, passei a fazer parte dessa equipe, né, do CAIS mesmo, realmente. E começamos, então, os trabalhos. Aliar a Enfermagem, auxiliar, né, sou técnica em enfermagem, então, o trabalho é muito diferenciado do trabalho hospitalar, né. Então a gente teve que se adaptar a várias situações, né, como ver a medicação, também era importante, mas ela ficou em segundo plano, assim. Segundo plano, eu digo assim, porque a gente passou a, no convívio diário com o paciente, convívio integral durante o dia, né, a enfermagem passou a fazer parte desse convívio onde a gente passou a observar, a monitorar, a cuidar do paciente, né, a intervir, né, além de medicar ele, então, né. E comunicar sempre a equipe de como estava este paciente no dia-dia, né. Até a grande diferença que a gente sentiu na Enfermagem, né, que não era desacreditado, aí a gente... como trabalho. Eu fui gostando cada vez mais assim porque começou a se ver resultado assim, né, pacientes assim que estavam há 30 anos internados em hospital psiquiátrico onde se, a comunidade dizia que não teria mais, os familiares, que não teria chances, né, pra essa pessoa, que dificilmente essa pessoa conseguiria voltar ao convívio fora, né. E a gente começou a ver que não, que os pacientes realmente muitos começaram a mudar seu comportamento, a agressividade foi diminuindo cada vez mais. E ficou cada vez mais fácil de trabalhar, né. Esses pacientes que inicialmente por qualquer motivo ou diariamente quase que tentavam agredir sempre porque eram acostumados assim a se defender e não eram escutados. Então a

gente passou a trabalhar junto com eles, a escutá-los, né. E tentar ajudá-los nas suas formações. Foi-se mostrando, readaptando, na real, porque muitos haviam perdido todos os tipos de vínculo, de conhecimento, lá fora, o mundo lá fora para eles não existia mais, assim eu lembro de paciente que não sabia mais o que era dinheiro, né. Não conhecia mais, né. Não sabia o que era sair pra fora, pra rua, ir num bar comer alguma coisa. E isso foi se resgatando aos poucos, se dando confiança e essa pessoa não fugiu, essa pessoa conseguiu se comportar direito, né. E assim foi se levando até sua família, quem tinha família, né. Foi se chamando os familiares. Assim, foi um trabalho assim que começou a dar resultado. Tanto é que muitos saíram, né, foram cuidar de suas vidas, né, acompanhados, mas, assim, foram para suas casas, alugaram casa, outros casaram, né. Foram morar juntos e até hoje permanecem, né. E assim, ó, e as internações foram diminuindo cada vez mais. Deixou-se de internar aquele paciente que se internava quase que anualmente ou a cada 2, 3 meses, começou a se ver que passava 2 anos, 3 anos, 5 anos e ele não voltou mais a internar, não precisou mais de internação. Então, a recompensa começou, eu comecei a sentir o gostinho da recompensa ali, né, do trabalho que valia a pena, né. Então aí o que que eu fiz? Eu fui buscar mais conhecimento também, né, estudar, me preparar. Estudei, fiz todos os cursos a nível médio, depois fui fazer a nível superior, especialização, fui buscar assim pra melhor poder atender e junto com a equipe, né, a equipe também, assim, é uma equipe que ajuda muito a pessoa a crescer, porque nas reuniões e orientações, tudo que a gente tem, a gente que é do nível médio pôde também fazer parte das discussões, dar seus relatos, suas experiências, e assim a gente foi crescendo, formou-se uma equipe multidisciplinar com ótimos resultados. Então, pra mim a recompensa maior, o motivo pelo qual eu até hoje estou nessa área, foi que existe um resultado, não é como se diz, né, que uma vez... não tem mais chance. Tem, tem seus limites, mas tem todas as chances pra pessoa ser feliz também. E os resultados nos compensaram, né, nos dão forças para continuar lutando por estes ideais, né, por estas pessoas que são rejeitadas pela sociedade ainda, onde o tabu é menor, porque estas pessoas já estão muitas circulando por aí e mostrando que o louco também tem seu lugar, seu espaço e seu poder, que também tem direito de entrar numa crise e se recuperar, e não porque entrou de novo numa crise que ele vai ser julgado sem aptidão pra nada, então... Ah, hoje, assim, ó, a equipe está bem mais madura. Todas as experiências que a gente teve, elas sempre foram discutidas quantas vezes for necessário, e assim, a gente tá mais preparado, e eu acho que a equipe tá muito mais segura, é super tranquila. Cada vez que surge um novo caso, assim, sempre tem uma discussão e a gente nota que sempre se consegue já dar um andamento ou assim também se busca lá fora outras pessoas que possam pegar, que possam contribuir ou se a gente não tá conseguindo ver como realizar esta abordagem com um paciente novo assim, se chama, né, pessoas que vêm nos ajudar, porque a gente acaba ficando dentro de um trabalho e só se enxerga aquilo que tu tá fazendo ali e sempre uma, alguém quando vem de fora, estagiários, professores, pessoas que venham observar o trabalho, sempre é cobrado um retorno do que eles viram, do que eles perceberam e daí tem, aí começam a vir as contribuições depois que a gente também não, às vezes não enxerga, então assim, é um crescimento constante o nosso trabalho hoje, assim ó, ele é importante? É, é super importante. Falta muita coisa ainda a ser constituída assim, a rede lá fora pra dar um seguimento porque a gente faz uma parte do trabalho, mas ele tem que ter uma seqüência, porque assim, ó, eu vejo o doente mental, é uma doença que ele melhora, tem suas crises, mas assim ó, é um tratamento pra sempre, sabe, sempre, né, um tratamento pro resto da vida e ele não pode ser abandonado em nenhum momento. Ele sai desse serviço, vai pra outro, ele tem que ter um acompanhamento, e isso ainda a gente nota que ainda tá faltando, né, pelo menos aqui no Rio Grande do Sul, na nossa rede ainda tá, já tá se constituindo, se procura, mas ainda falta. Então, assim, o esforço da equipe é grande, né, e agora não depende só dessa equipe também tem mais, além disso, fora dessa, desse CAIS, lá fora tem outros trabalhos a serem feitos. Que também, alguns já



existem, outros tão engatinhando ainda, né. Eu acho que aqui a gente tem sorte, assim, porque a equipe se apóia muito, o trabalhador ele precisa cuidar da sua saúde também, é óbvio, né, e a gente aqui dentro, pelo menos, existe um primeiro momento onde a gente procura o apoio nos colegas, né, a busca de ajuda, né, dos colegas. Fora isso, depois, uma coisa que eu aprendi, assim ó, é que quem trata e trabalha, quem desenvolve atividades com saúde mental, ele também tem que se tratar, ele também tem que fazer sua terapia, né, pra poder trabalhar inclusive, né, pra não enlouquecer junto, pra não errar, né, então tem que fazer sua terapia e canalizar também, então isso é uma coisa que se busca também, se procura buscar ou até orientar os colegas quando a gente percebe que tá muito estressado, porque não deixa de ser um serviço estressante, o dia-a-dia, né, se lida com ser humano, não é com papéis e documentos. Não, o sistema não, fora eu não vejo, não. Não tem, não existe, fora do sistema, assim ó, o que tu pode buscar é juridicamente alguma ajuda assim, mas psicologicamente, na área intelectual, na área, assim, a coisa assim, tudo que tu busca de conhecimento, tu tem que te virar, buscar sozinha e essa ajuda assim fora não existe, é individual, vai buscar dentro do teu plano de saúde, da tua perspectiva. No dia-a-dia, assim ó, a equipe ela é formada por diferentes, de pessoas em diferentes, formadas em diferente áreas, né, onde cada um faz a sua parte, não separar o paciente, ele é um todo, se vê ele como um todo, né, inclusive ele aqui fora, a família, e tudo, não se analisa só o momento dele, ou a doença dele, né, isso não se vê, então assim ó, a equipe, cada um faz a sua parte, porém troca idéias com os demais, que também conhecem ele, né, que também atuam, que trabalham junto com esse paciente, é feito uma troca nesse sentido, assim de conhecimento, e de pensamento, de atitude, é feito. A interdisciplinaridade vem, eu acho que ela favorece o conhecimento, eu que não sou formada, não sou psicóloga, não sou médica, né, mas eu sei como o médico pensa, como ele quer tratar esse paciente, ele também discute qual é a melhor forma e assim, a gente... Todos falamos a mesma língua em relação a cada paciente, individualmente, né, não é também em relação a todos, cada paciente, ele é tratado, tem um plano terapêutico p/ ele, não é. E assim toda equipe age junto, em conjunto, né, existe uma fala, um respaldo onde todos agem da mesma forma pra poder atingir os objetivos. Da reforma psiquiátrica? Pelo que eu estudei, pelo que a reforma psiquiátrica busca, né, é realmente, é evitar que o indivíduo, ele se afaste da sociedade, da família, né, que ele seja confinado a algum local, que seja hospital, que seja, né, outra instituição onde cuida e tira todos os seus poderes, a pessoa deixa de ser um indivíduo e passa a ser, deixa de ser alguém, né, passa a ser um objeto ali e os outros fazem tudo por ele. Eu vejo a reforma, ela busca tudo isso aí, né. Então, o nosso trabalho já é, é um primeiro passo pra evitar, não digo que não precise internar, mas por um período curto, que essa internação seja mais pra aquele momento e não pra isolá-lo, pra achar que ele não tem mais capacidade nenhuma a partir de uma crise, então, assim, eu acho que a reforma em primeiro lugar, ela veio dar, resgatar no indivíduo tudo que ele tem direito, não é porque ele é um doente mental que ele não tem seus direitos, ele tem seus direitos, e é nisso que ajuda, a reconquistar então o que já se perdeu ou não se perder, pelo menos se manter, dentro do que é possível.

### Entrevista 3

Eu sou enfermeira aqui, então só posso falar do trabalho como enfermeira. Mas eu fico pensando porque no fundo a gente faz tudo e se vê tão tendo que se engajar em tantas outras áreas q não só, né, da sua formação, mas tendo que se apropriar de outros saberes também, que no fim, é um pouco, acho que é um pouco de tudo isso nosso trabalho aqui dentro. Bom, o

que que eu vou te falar assim. Eu acho que nunca na minha história profissional assim eu procurei a psiquiatria pra, né, pra campo de trabalho. Na época em que eu me formei, só existia os hospitais psiquiátricos, as unidades de internação psiquiátricas, mesmo dentro do hospital geral, tinha as unidades de internação psiquiátricas, enfim, no momento em que abre a oportunidade de um estágio, né, de um contrato, não de um estágio, mas de um contrato de trabalho temporário da prefeitura e que oferece uma das unidades que era mais próxima da minha casa que era o CAIS Mental 8, na época era assim que se denominava, eu vou, então, fico então, querendo essa vaga, a fim de ver assim que trabalho seria esse, né. CAIS Mental? Eu até achei que fosse lá perto do porto, alguma coisa assim e depois eu fico sabendo que CAIS na verdade é uma metáfora no sentido de porto, de dar um rumo assim pra que as pessoas possam se ancorar assim, se amparar num momento em que se sentirem mais inseguras e com muitas dificuldades, né, e depois, já com um passo mais firme seguir adiante, mas que nunca seja um lugar assim que fiquem eternamente, né. Depois é que eu fiquei sabendo, só que além dessa metáfora, também era, tinha o significado de Centro de Atenção Integral à Saúde Mental que também eu vim a saber depois. E aí, começa então esse trabalho e claro que dentro da reforma psiquiátrica é que surgem, né, na época em São Paulo eram os NAPS, Núcleos de Atenção Psicossocial, depois tinha lá, depois surgiram os CAPS, né, os Centros de Atenção Psicossocial e aqui só foi transformado em CAPS com essa denominação muitos anos depois. E aí, dentro da reforma psiquiátrica então é que é, é que eu acho que a atenção em saúde mental se transformou e surgiram então, surgiu aqui em Porto Alegre, então, surgiram os CAIS, CAIS 8, CAIS 4, a Pensão Protegida Nova Vida que é um residencial terapêutico, né, e gostei muito assim desse trabalho, dessa nova possibilidade de tratar com a doença mental, até falava muito pra X, as pessoas têm um certo cuidado ao falar da doença mental, mas nenhum indivíduo é a sua doença, então eu não tenho nenhum cuidado, assim, não me sinto assim constrangida em usar esse termo, até nos trabalhos que a gente lida, os estagiários e tudo, eles não colocavam a doença, ou doente mental ou coisa parecida, não talvez por acharem que é um termo pejorativo, é um termo que vá ofender, não penso assim, acho que as pessoas têm vários tipos de doença, né, a questão é ela não se sentir, não deixar que a doença toda tome conta dela. Acho nesse sentido que os CAPS trabalham, porque tem toda uma questão da reforma psiquiátrica de não só ter serviços substitutivos, de o serviço não ser só um substitutivo à internação hospitalar, a desinstitucionalização, mas das ações que esse serviço desenvolve, não só não internar, né, o que é não tornar uma pessoa institucionalizada? Não deixar ela se institucionalizar? É poder fazer com que ela volte pro meio social, pro convívio social, cultural, que ela passe, bom, a ter sua identidade, ter seu convívio familiar, se for possível, porque muitos não tem mais família, a população que a gente vive, que a gente cuida é assim, né, muitos não têm nem família, mas enfim, tentar... novos vínculos, né, aí fora. Então eu acho que o trabalho, ele é interessante por isso, é não deixar, não tratar, não só não institucionalizar, e também não só esbater a sintomatologia. Claro que inicialmente se tu recebe uma pessoa em crise é isso, de tu ter que tratar aquele sintoma que tá tão produtivo ali pra poder ver a pessoa, o sujeito poder começar a se manifestar. Mas que a partir daí então, tem todo um trabalho a ser desenvolvido. Antes eu acreditava, acreditava não, mas pensava assim: Bom, meu trabalho pode ir na linha de que? Posso orientar com relação à medicação psiquiátrica, posso estimular na questão da adesão do tratamento aqui no CAIS, tanto psicoterápico, como nas oficinas, em grupo, enfim, posso trabalhar nesse sentido. Posso fazer o trabalho de atendimento de rua, que fiz, né, durante 3 anos atendendo à pessoas com transtornos psicóticos graves na rua, enfim. Mas também tem a questão da Saúde Clínica mesmo, né, da, bom, dos cuidados onde começa tudo, né, começa desde os cuidados com sua higiene, sua apresentação pessoal, então tu já começa a cuidar a questão da odonto, já começa a ver se a pessoa foi mesmo no seu clínico geral, no seu endócrino, começa, bom, todas as outras áreas também da saúde e no início assim acho que

houve, eu me afastei muito assim do que tava acontecendo nos postos de saúde, nas unidades básicas, como é que os pacientes faziam pra marcar, agendar suas consultas e tudo o mais, as vezes a gente ligava, pedia uma consulta lá por telefone e hoje, e à medida que os anos foram passando, eu acho que, cada vez mais a gente foi percebendo que não podemos nos isolar, né, não podemos ainda fragmentar mais ainda esse sujeito, a gente tem que estar acompanhando ele também nessas outras questões de saúde dele e de circulação, né. Hoje em dia a gente tem o Cinema em Debate também que é proporcionado pro paciente sair, pensar, refletir sobre a mensagem que tá sendo transmitida no vídeo, de poder transmitir pra outras pessoas, de se fazer ouvir, então eu acho que dentro da reforma psiquiátrica, esse serviço tem essa, como é que se diz assim, tem essa obrigação assim, tem que estar se preocupando com isso também, com todos esses fazeres, com todos, tem que estar dando atenção, atenção no sentido amplo mesmo, atenção ao indivíduo. Eu acho que atenção é isso, é estar olhando pro indivíduo, vendo o que ele tá te trazendo, né, não só o sintoma, não só, mas todos os aspectos da vida dele, onde tu pode estar ajudando, colaborando, facilitando, ou não, olhando se tá, né, se esmeirando, conseguindo ter suas iniciativas, ou não. Mas, enfim, que ele possa estar te trazendo, te dando mensagens, te dando sinais, te trazendo coisas dele, né, acho que isso é importante. Que a pessoa possa se comunicar, que a pessoa possa te trazer coisas dela assim, bom, e o que que ela espera, o que que ela quer, né, e separar bem assim, o que que é a doença e o que é o sujeito que tá ali. Porque eu sempre, eu muitas vezes chego a dizer pra eles: “Bom, essas são tuas dificuldades e essa é tua, esse é o sintoma da tua doença, isso é o que tá acontecendo contigo e como é difícil se separar dele, né, mas tu sabe que pode controlar ele, essa doença pode ser controlada, e tu tem esse poder, não é a doença que vai te controlar, então tu tem que querer. E pra isso, se tu quer, tu tá aqui e a gente vai estar te ajudando e a gente sabe que pode te ajudar, né, que estamos...” Porque tem mais essa função, né, que nos compete assim, de a gente estar inventando as intervenções, as ações, criando. Eu sempre mexia com a X que cada vez que a gente ia à rua era uma caixa de surpresas, né, e tu tá sempre inventando, vendo uma maneira que tu pode se aproximar, uma maneira que tu pode te fazer perceber por aquele indivíduo, e assim no... CAD também é, porque às vezes tu passa ela pessoa que tá ali no CAD, no Centro de Atenção Diária, tu passa por ela e tu pode não enxergá-la e ela não te enxergar, então, tu se fazer presente, tu fazer com que aquela pessoa tenha uma demanda, às vezes dentro de um quadro de depressão grave que ela não demanda nada, né, ela quer mais é ficar num canto, quieta, e se facilitar ela muitas vezes até provoca agressões, se auto-mutila, enfim, então tu fazer essa pessoa ter um desejo, criar uma demanda, conseguir ter alguma perspectiva pro futuro, pra mais adiante, bom, e de ter paciência, que o tratamento vai ser longo mesmo que a gente vai ter que ver cada coisa devagar, a seu tempo, que tudo tá uma grande catástrofe na sua vida mas que vamos arrumando então algumas coisas, pra que as coisas comecem a ter um alicerce um pouco mais firme, né. Acho que o nosso serviço é nesse sentido, assim. A enfermagem, ela entra muito, eu sempre me preocupo muito na questão do acolhimento, principalmente na enfermagem, com relação à enfermagem, embora todos os profissionais desse serviço façam pelo Centro de Atenção Diária, ou seja, ficam responsáveis por alguns turnos por esse, pelos pacientes que passam o dia ou turno, ou que vêm pra algum grupo. A questão do acolhimento, porque a gente pensa em acolhimento aqueles pacientes novos, e nesse serviço a gente tem que pensar em acolhimento diário, tanto nos que vêm, que já estão, que já têm na sua programação vir ao serviço diariamente, ou três vezes na semana, ou duas vezes, enfim, conforme o seu plano terapêutico, quanto aqueles que se tratam aqui mas se tratam a nível de ambulatório e aí vem uma situação em que tão precisando conversar, que tão mal, que tão precisando falar sobre alguma dificuldade que tá ocorrendo muito importante, muito, às vezes até incapacitante para eles e aí tem também aqueles novos que vêm, claro, nós não somos porta-aberta, a gente marca acolhimento por agendamento, mas às vezes no próprio agendar, né, tu acaba fazendo o acolhimento da pessoa

porque tu já, a pessoa já vem tão ansiosa, né, angustiada pra contar o que tá acontecendo, porque que ela tá buscando atendimento, embora venha com encaminhamento, já nessa receptividade assim tu já faz uma acolhida, principalmente porque os pacientes, eles já chegam, os familiares também, então a enfermagem tem que saber um pouco, tem que dar conta disso, é dos pacientes, é um pouco do funcionamento familiar, como q as famílias funcionam, como é que tá a vida daquela, né, como é que a família tá se organizando, como é que esse paciente tá se organizando com relação a sua família, que ele então montou, né. E aí, quando o paciente, porque o paciente já chega e já vai direto na enfermagem, é no térreo, é onde os pacientes passam o dia, então já começa por aí, já na chegada tu já vê como é que ele tá ou, e aí começa, né, tem o ambiente, a... já, acho que cada... Há pouco mesmo a gente tava conversando, eu acho que cada atendimento não dá pra ser medido quantitativamente, porque quantitativamente nós não vamos chegar num número expressivo, mas acho que qualitativamente, nos esforçamos e acho que a gente tem um resultado assim satisfatório em termos das intervenções, não quero dizer com isso, é isso que eu falei, a gente tá sempre inventando, a gente tá sempre vendo qual a possibilidade ali de estar se chegando, de estar tirando daquela posição de, daquela posição inerte, onde as pessoas chegam aqui acostumadas a serem, aos outros pensarem por elas, fazerem por elas, né, acreditarem por elas, então onde que tu entra com as tuas ações, tuas intervenções pra mudar um pouco o papel delas, tanto na família, como no seu dia-a-dia aqui conosco e o quanto isso te mobiliza também. Tem dias que realmente, tu sai exausto daqui, porque tu tem que estar sempre, agora tu sabe que tu só faz isso porque tu acredita no outro, né, só faz isso porque tu vê que é possível que o outro faça as coisas ou chegue lá... te traga assim alguma coisa de longe, era assim, ou eu não gostaria que fosse assim, ou eu queria que fosse assado, enfim, tu tá sempre acreditando muito naquela pessoa pra poder levar o teu, porque se não, tu também fica naquele, naquela rede e não consegue assim se soltar, né, porque é isso, a gente lida com histórias de vida muito pesadas, as histórias de vida são pesadas, são sofridas, um sofrimento assim que tu fica pensando “Bah, é difícil mesmo suportar isso”. Então, mas enfim, tu precisa ver além disso, né. O que que aquela pessoa tem de possibilidades, né, dentro das suas, das suas próprias expectativas. Não tem, tu tem... das expectativas do louco, né, pro tratamento poder andar e tu poder inventar e fazer o teu trabalho também. Então, isso me preocupa bastante, a enfermagem nesse sentido, de ter esse acolhimento, de dar atenção ao indivíduo, à pessoa que tá chegando, né, de fazer os seus registros, de ter também olho clínico, de poder avaliar sinais, sintomas, porque obviamente a gente não pode passar disso, a questão diagnóstica é importante, até pra tu saber até, né, onde tu pode estar indo, mas nunca me restringindo a isso. É importante a questão do medicamento, de saber os sintomas que produzem, então são os cuidados que se tem que prestar, né, tão aí os livros que com resultados, enfim, e que nos ajudam muito, sim, no nosso trabalho diário aqui, tu tem que saber qual é o sintoma de impregnação, tem que saber tratar, tem que saber encaminhar, tu tem que saber o que fazer quando o paciente convulsiona, enfim, acho que essas coisas todas tu tem que, a enfermagem tem que estar, né, esperta, tem que estar atualizada, a gente tem paciente que passa o dia aqui e a equipe entrou em crise em dezembro em função da tuberculose, da sífilis, né, que o paciente estava apresentando lesões, e aí tu tem que tá sabendo também orientar, também é o papel da enfermagem, mas nunca se restringir a isso, né. A interdisciplinaridade assim, pra mim, foi um aprendizado, né. Porque nós, eu sempre trabalhei em hospital e a gente trabalha numa equipe multiprofissional, né, tu faz um trabalho conjunto, mas é cada um na sua área, depois tu vai lá, senta e bom, juntos tu faz, tu trata, tu cuida, tu. A interdisciplinaridade não, né. Tu, dentro do teu saber, dentro do teu fazer, tu vai agregando outros saberes, outros fazeres, as relações se dão mais na horizontalidade assim, né, das ações mesmo, né. Então não tem assim alguém que, bom, a questão do psiquiatra é importante, fundamental, né, fundamental, até pra gente poder também desenvolver junto com ele, mas é sempre junto

com, né, a questão da nutricionista, importantíssimo, né, a gente sabe que tem os medicamentos, o metabolismo, né, e a orientação, um que engorda, outro que emagrece, outro que dá mais ansiedade, outro que come mais, outro que dá mais sede, bom, importantíssimo, né. A maior, a enfermagem também, tá sempre ali, que administra a medicação e faz grupos e orienta com relação à saúde; a terapeuta ocupacional também nunca faz grupo sozinha, sempre faz grupo com outro profissional de outra área, quando a gente sai na abordagem de rua, sempre se procura ter dois profissionais com formação diferente pra que se possa trocar conhecimento, pra que se possa trocar o que cada um com seus instrumentos de trabalho pode fazer, pode somar e agregar naquele dia-a-dia. Então assim ó, acho que a interdisciplinaridade pra mim foi um aprendizado, acho, acho não, nossa equipe trabalha muito bem interdisciplinar, acho que há um respeito por cada área, as pessoas se fazem ouvir e são ouvidas. Antes, anteriormente, CAD, quem fazia era só a enfermagem, o Centro de Atenção Diária quem participava era muito, não, não era só a enfermagem, era muito mais horários da enfermagem. Auxiliares de enfermagem faziam grupos, ficava mais na questão da medicação e do ambiente assim com os pacientes. Então foi uma coisa assim que a própria equipe foi amadurecendo, a assistente social achava que CAD não podia ser com ela, como que ela ia ficar no CAD, né, não era assim dela, da formação dela e hoje em dia ela fica, fica muito bem, muito tranqüila, os outros colegas também, muito tranqüilos, e isso já, todo mundo já faz com naturalidade, todo mundo já se encaixa, não precisa substituir ou todo mundo, sempre tem alguém que já se oferece: “Deixa que eu vou aí, pra ficar”, independente da sua formação, é psicólogo, é psiquiatra: “Não, mas eu dou, eu fico lá embaixo também”. Então isso é uma coisa e no fim tu acaba dando conta também de, hoje mesmo a paciente tava dizendo ali embaixo: “Mas tu não é terapeuta!” “Bom, terapeuta, como? O que que é um terapeuta pra ti? Eu faço o meu trabalho e procuro que o meu trabalho seja o mais terapêutico possível mas vamos ver o que que é”. “Não, mas tu não tá me entendendo, terapeuta é aquele que leva pra uma sala, escuta sozinho a pessoa”. “Mas eu faço isso”. “Faz?” “Faço, faço isso”. A pessoa chega aqui, eu tenho que escutar, eu tenho que acolher, tenho que ver quais são as dificuldades dela, o que que nós vamos poder planejar a partir dali, podemos fazer assim combinações, e isso tudo é dentro de um plano terapêutico. “Eu vou te ouvir e tudo mais”. Então... “Ah tá! Mas eu...” “Eu sei tu tava pensando que isso era uma questão da psicóloga estar fazendo, ou do psiquiatra que tu vai sair com medicação, mas quantas vezes o psiquiatra também te escuta? Ele não só senta na tua frente, te dá uma receita, uma medicação. Ele te escuta, ele conversa, ele faz, se ele acha que tu não tá muito bem, bom, tu vai passar o dia aqui, daí já me chama ou chama outra pessoa pra ir te acompanhando no ambiente”. O psiquiatra também não chega aqui e não. “Ah, pois é...”. Então eu acho que isso entra na questão interdisciplinar também porque é uma escuta diferente, não é uma consulta de enfermagem, né, mas é uma escuta de sofrimento, é uma escuta que tu tá fazendo, diferenciada, né, e terapêutica, porque tu vai fazer alguma intervenção ali. Não querendo, então eu acho que é uma coisa que eu quero também conseguir implementar aqui uma consulta de enfermagem na área de saúde mental que vai ser bem diferente do que tem, mas, enfim, não considero isso uma consulta de enfermagem, pode ser que esteja errada, mas não considero isso. Considero isso como alguém, bom, uma enfermeira que tem formação em saúde mental que está apta a escutar o sofrimento, do que aquela pessoa tá trazendo e fazer algumas intervenções, e fazer alguns encaminhamentos, enfim, e ver o que pode estar orientando e cuidando com ela. Então essa questão do atendimento de rua era só os psicólogos que faziam e os psiquiatras, né. E aí, eu disse assim: “Não, mas eu acho que tem...”, na época eram duas estagiárias de psicologia que faziam o acompanhamento na rua, né. Eu disse assim: “Tem lugar pra uma enfermeira aí? Tem lugar pra alguém tá fazendo parte dessa equipe?” E elas: “Mas claro!” Foram muito receptivas assim. Aliás, que até pelos estagiários acho que essa questão da receptividade dos nossos... como profissionais, isso é muito

tranquilo assim na equipe, é unânime, assim, todo mundo recebe bem, acha ótimo, todo mundo, né, fica muito contente com a chegada dos outros profissionais no serviço, enfim, e da mesma forma eu, né, dentro do meu próprio serviço, pedindo pra entrar em outra atividade que até então era exercida mais, e hoje em dia não, hoje já temos até professores de Ed. Física, os residentes que vêm pra cá, terapeuta ocupacional, assistente social, até eles participam, né, dessa atividade de atendimento de rua. Bom, se eles querem participar, porque não é alguma coisa que a gente obrigue no estágio, né. É oferecido né. Acho que isso é uma conduta interdisciplinar, porque tu ir na rua, tu não vai avaliar só se a pessoa, bom quais os sintomas tá apresentando da doença psiquiátrica, sintomas físicos que ela possa ter, né, tem que estar encaminhando pro clínico e tudo mais. Mas é de pensar, dentro do cuidado de enfermagem, o que tu pode contribuir, o que tu pode estar fazendo pra vincular aquela pessoa, né. Primeiro a tua pessoa, assim como profissional e depois futuramente ao serviço, né. E nós, enfermeiros, temos muito disso assim de ter essa preocupação já mais com o todo da pessoa. Então, no atendimento de rua isso é bem claro, né, porque tu vai no vizinho, tu vai em todos, em todas as pessoas da comunidade, procurando mais dados, procurando uma forma de se aproximar sem ser agressivo e sem ser invasor. Na verdade tu invade, né, porque tu tá tentando criar ali uma demanda, né. Enfim, ser o menos agressivo possível nessa aproximação. E acho que isso já é agir interdisciplinarmente, reconheço que é importante fazer com outra pessoa, com um profissional que tenha outra formação pela especificidade de cada profissão, né. Certo, isso é uma questão, né? Porque a gente, bom, tu poder trabalhar, agora mesmo entrou uma médica, uma estagiária, a residente, e aí ela dizia, né: “Ah, a gente trabalhando na saúde mental é que a gente vê o quanto as pessoas são normais e o quanto é possível uma aproximação e o quanto daqueles colegas com os quais tu trabalha tu vê que tem problemas mentais, sérias dificuldades que tu vê assim, de uma outra ordem que tem tratamento pras dificuldades deles, né”. E a gente começou a rir com ela, né, porque ela é muito engraçada. E eu disse assim: “Ah é, pois tu vê, né. Porque é esse o nosso trabalho, tem que desmistificar, né, que o louco é aquele que vai ser o agressor, vai ser o perturbador, aquele que é impossível qualquer tipo de manejo, que é impossível qualquer tipo de inclusão social, em qualquer atividade, e é esse o nosso trabalho também, né”. O quanto a gente tem que estar inteiro, né, pra poder manejar com uma pessoa no ambiente, fazer o manejo, ter assim a tranquilidade que aquilo que ela tá trazendo não é pra tua pessoa, não é pra ti, não é pra mim, ela tá trazendo questões de dificuldades dela, de... de vida, de sofrimento, e aí de tu poder separar isso de ti. O quanto já causou sofrimento, vejo quanto outras pessoas já sofreram aqui dentro por tomarem coisas pra si. Tem momento na tua vida que tu tá mais fragilizado também e às vezes aí é que aperta, te aperta alguma coisa que esses pacientes podem te trazer ou podem... ou um gesto, ou uma palavra, ou uma frase, né. De repente tu perdeu alguém muito querido, vamos supor assim, né, não que seja teu caso, mas já vi acontecer isso de perder alguém muito querido e vem paciente com questões de morte e caixão e aquilo te abalar. Então eu acho que tu tem que te dar conta disso, tem que poder, ao mesmo tempo que tu tá trabalhando, tá ali, com situações diversas no ambiente, tu tem que poder te dar conta de sair do ambiente, quando o ambiente começa a ficar muito pesado pra ti, de tu poder subir, tomar um chá, dar uma suspirada, trocar uma idéia com teu colega, porque isso faz com que tu te fortaleça e tu mantém a tua saúde mental e que tu possa lidar, trabalhar e lidar assim com esses percalços assim, né, porque nem sempre tu... Tem que estar firme, tem que estar seguro e às vezes com as situações mais diversas possíveis tu tá muito mais fragilizado, eu acho e aí tu acaba não conseguindo ouvir bem aquilo que a pessoa tá te trazendo. Então, eu acho que é um cuidado, eu faço assim, ó, quando eu... a enfermagem aqui é uma coisa que me preocupa bastante. A equipe de enfermagem, porque é uma equipe que tá todo tempo aqui dentro também tem uma participação muito ativa dentro de todo tratamento do paciente, é responsável assim por muitas coisas, as gurias acompanham, elas já fizeram

curso de acompanhamento terapêutico, então têm... que elas acompanham, se comprometem assim, bastante com seu trabalho, fazem grupos, então são pessoas muito ativas assim, não são pessoas acomodadas que fazem o seu trabalho e isso aí já é uma proteção. Bom, hoje sou eu que tô na medicação, então eu vou lá, dispenso a medicação e volto pro meu... e fico lá enclausurada no meu posto de enfermagem, não, elas tão sempre se envolvendo, sempre durante todo o turno de trabalho delas, então eu faço essas reuniões e durante a semana, durante o intervalo entre uma reunião e outra, eu vejo se alguma situação tá mais difícil pra uma delas eu chamo pra conversar e fora isso eu trago pro grupo pra gente ver o que tá incomodando, angustiando, pra que a gente possa também estar dizendo alguma coisa importante do nosso trabalho, de como a gente tá observando o trabalho da outra e a gente tem que ter essas válvulas de escape, porque se não é como eu te falei, a gente tem histórias assim de muito miseráveis de vida e eu vejo, que o sofrimento vem assim e tu não pode levar isso como uma agressão pra ti, o sofrimento das pessoas, a forma como elas tão enfrentando isso, mas às vezes pode acontecer do profissional tomar. Então, assim, tem que estar atento pra isso, a gente tem que se cuidar também. Porque que eu falo isso? Se o ambiente ficou insuportável, conversa, avisa o colega que tá no ambiente, dá uma subida, dá uma arejada, respira fundo, põe os pés pra cima, conta uma história lá com outro colega, dá umas risadas aqui em cima e retorna porque às vezes é isso, né. Fica muito pesado aqui, o dia todo com determinado grupo de pacientes, realmente, e o atendimento de rua também, fica bem. É uma, é assim bem exaustivo o trabalho de rua também. É isso, eu acho que... Mas é muito bom ter esse trabalho, de a gente poder sair, estar aqui dentro, as pessoas na rua, elas poderem estar aqui e voltar ou pra instituição ou pra onde estão abrigadas, né, ou pra sua família, acho que isso que me encantou. Todo esse trabalho... todo esse compromisso com o social, acho que foi isso que me encantou nessa nova forma de trabalho na saúde mental. É isso.

#### Entrevista 4

Tá! Vou contar pouquinho da história do serviço que eu faço parte então. Eu trabalhava na Pensão Protegida junto com alguns colegas aqui, o A, a B não trabalhava diretamente na pensão, mas tinha os dias que ela fazia parte da assessoria de planejamento da Secretaria da Saúde na época, mais outras pessoas que já atuavam em equipe, a C, o D, o E, uma outra pessoa que já saiu. Mas, enfim, a gente notava que havia uma possibilidade de fazer um trabalho clínico com pessoas psicóticas, que eram os moradores, então, da pensão que no dia-a-dia da pensão era difícil de realizar, porque a gente se misturava muito com o cotidiano deles; e esse trabalho não existia do ponto de vista da rede pública. Porque na rede, existia o atendimento psiquiátrico e o medicamentoso, e era só isso que existia. Então tinha na rede, na época, duas alternativas: ou ambulatório psiquiátrico, com revisões mensais... mentais, pra quem está tomando medicação; ou internação psiquiátrica. Fora isso não tinha outra alternativa de tratamento e a gente pensava que haveria a possibilidade de fazer um atendimento com psicóticos na crise tomando em conta de que a condição delirante, tal como Freud apontava no caso... era uma tentativa que o sujeito tinha de poder dar conta em algo que desmontava o seu eu. A gente achava que poderia trabalhar com o surto do psicótico e não só com a medicação. Em nenhum momento a gente negava a importância da medicação, mas achava que haveriam outras possibilidades de trabalho. Depois a gente começou a se reunir, começou a agregar uma série de outras pessoas ao trabalho de equipe, que nós pensávamos em um trabalho de equipe interdisciplinar, queríamos que houvesse várias disciplinas trabalhando na mesma direção, trabalhando com a expressividade do sujeito, trabalhando

então na criação de poder construir daquilo que a gente chama de uma metáfora delirante, o sujeito que consiga construir um delírio que seja viável para que ele consiga se fazer representar pro outro e por ali consiga uma consistência correta. E, bom, no ano de 2002 nós formamos então essa equipe, né composta por terapeutas ocupacionais, por enfermeiros, médicos psiquiatras, psicólogos, assistente social e também trabalhavam nessas reuniões os técnicos de enfermagem. Só da equipe que hoje nós temos em termos de profissionais, só não tinha os profissionais da secretaria e o pessoal da cozinha e da limpeza, os outros todos faziam parte das discussões. Então, nós começamos a construir esse serviço, certo, que foi avançando com o tempo até chegar ao que é hoje. A gente foi, ao mesmo tempo que a gente foi construindo essa clínica, a gente foi pesquisando em cima dessa clínica e vendo aquilo que era interessante e aquilo que deixava de funcionar. Porque junto com a idéia da psicanálise, que a nossa clínica, ela tem um entrelaçamento com a psicanálise, a gente traz como retaguarda teórica, certo, informação teórica também uma passagem pelo movimento da reforma psiquiátrica. Então, nós temos um vies que busca ajudar o sujeito a se constituir e a constituir laço social sem necessariamente ficar preso a uma instituição que ordene a sua vida, o que é uma crítica que eu faço à reforma, o que não significa desinstitucionalização, eu concordo com a desospitalização, com a... no sentido do fim da instituição total, ou seja, aquela que regula a vida do sujeito que às vezes fica alienado em função dos sintomas, mas eu não concordo com a desinstitucionalização porque pra que se viva em sociedade são necessárias instituições, todos nós, cidadãos temos referências institucionais, o que não significa que nós vivemos alienados ao modo de funcionamento das instituições, mas relação com instituições a gente sempre tem. Então, essa liberdade de não ter nenhuma relação com a instituição, na verdade, ela não facilita a vida do sujeito, do psicótico, do louco, pelo contrário ela é produtora de loucura, porque há rompimento de laço social, e não é o que a gente busca. Então, se uma das coisas que foi moldando o nosso modo de funcionamento, foi essa discussão, essa atenção, entre o cuidado do sujeito na crise psicótica e logo na saída da crise, da construção do laço social, da reabilitação psicossocial e a questão da dependência completa ao sistema da instituição. A gente sabendo de muitos que precisando da instituição pra poder se manter. Então, esse, essa atenção criada entre o cuidado e a tendência da instituição a fazer a dependência do paciente da maneira como ela pensa que deva ser o ideal de vida desse sujeito, essa atenção é que foi, a medida em que a gente foi avançando e pesquisando sobre aquilo que a gente fazia e foi moldando o nosso modo de funcionamento. Então, mesmo que o meu lugar junto aos pacientes seja um lugar de psiquiatra e eu tenho um cuidado maior com relação ao acompanhamento da prescrição medicamentosa dos pacientes, eu venho participando dessas discussões, dessas pesquisas, dentro da equipe, desde o início. Além disso, como eu venho de uma formação psicanalítica, eu não trabalho só com a clínica psiquiátrica, apesar de atender os pacientes como psiquiatra, então, eu trabalho muito dentro do lugar de analista. Dessa maneira eu também penso muito na... do contato com o paciente porque eu levo em conta no momento em que eu faço uma prescrição medicamentosa a relação transferencial. E participo das, nas discussões de equipe levando em conta não só as questões da psiquiatria, mas as questões da psicanálise. Então, eu acho que eu tenho uma função dentro da equipe que é poder ajudar inclusive a própria equipe nas discussões de casos, na relação que a equipe vai construindo com esses sujeitos que buscam atendimento aqui, nas relações que a equipe constrói entre si e as relações que a equipe vai construindo com outras instituições da rede, né. Então, eu faço mais que só o atendimento psiquiátrico aqui na equipe e acho que isso traz uma contribuição importante pro serviço. Bom, acho que seria isso. Quando a gente começou a pensar a questão da interdisciplina, a gente vinha de uma discussão, com pessoal que trabalha mais politicamente em cima da reforma psiquiátrica, e tínhamos uma intenção de implantar a transdisciplinaridade sem sequer passar pela interdisciplinaridade. Que a transdisciplinaridade ficaria caracterizada, então, como todo



mundo faz tudo, sem levar em conta as diferenças de saber de uma especialidade pra outra, sem levar em conta especificidades de cada disciplina, de cada fazer, e sem travar uma, um debate epistemológico e um debate de campos de saberes pra produzir áreas de conhecimento e de fazer que tenham entrelaçamento entre as disciplinas, então, o que acabava se produzindo era uma tendência ao desaparecimento das disciplinas e das diferenças sobre um suposto de igualdade que na verdade não existia, que nem todo mundo vinha da mesma formação. Então, o nosso passo inicial foi produzir uma discussão em cima das discussões de caso, principalmente, trabalhar a visão de cada disciplina, como ela intervinha muito clinicamente, olhar pra aquilo de debate, poder buscar esses pontos de anotamento dos diferentes pontos de saberes. Claro que isso tem um, no serviço público tem uma dificuldade a mais, porque nem todas as pessoas que vêm trabalhar no serviço, elas têm a mesma bagagem teórica de base, tem muitas pessoas inclusive do mesmo campo de saber que têm, dentro desse campo de saber, formações distintas. Então, por exemplo, na psiquiatria, tem o psiquiatra que é o psiquiatra clínico biológico, tem o psiquiatra dinâmico e tem o psiquiatra que analisa. Bom, esses três juntos têm práticas muito distintas, apesar de vir do mesmo campo e a gente tem que saber conviver com isso. Então essa é uma dificuldade a mais que a gente tem pra implantar a interdisciplina, ou seja, conviver com as diferenças, nem todos aqui tem formação analítica, muitos têm, tem outros que tem formação conjuntivista, tem aqueles que têm formação do bom senso, que não tem nenhuma formação anterior, nem psicanalítica, nem conjuntivista, têm a formação universitária e ponto final. Então a gente tem que saber compor com essas diferenças, então, nisso, a gente precisa se colocar muito no lugar do outro, entende, solicitando, às vezes, que o outro também se coloque no nosso lugar para que haja a possibilidade de um diálogo. Se não, a gente fica num embate de monólogos e isso não constrói a interdisciplina. A gente vive com essa tensão aqui dentro, essa tensão existe, e, muitas vezes, tem dificuldade de trabalhar de forma interdisciplinar em função disso, mas a gente consegue ir compondo minimamente alguns acordos clínicos pra gente seguir trabalhando em equipe. E é isso, começou a construir uma cultura aqui dentro que de uma certa forma produz um trabalho interdisciplinar, mesmo quando essas diferenças, mesmo com as dificuldades de fazer as vezes essa barragem entre as disciplinas. A enfermagem já não pensa mais nos cuidados de enfermagem como tradicionalmente se faz no hospital, seja um hospital psiquiátrico, seja um hospital clínico, ela tem uma intervenção muito mais próxima dos pacientes, ela desenvolve outras atividades junto com os pacientes, como oficinas, no ambiente que é muito diferente do hospital psiquiátrico, onde a enfermeira, em geral, fica atrás do bioto, ou do, não é nem bioto no hospital, posto de enfermagem... os técnicos de enfermagem são mais próximos do paciente, mas em geral, ficam num contato mais restrito. Alguns por iniciativa própria, desenvolvem algumas atividades com os pacientes numa internação psiquiátrica, mas em geral, os técnicos de enfermagem também se... cuidar da medicação, parte administrativa, os cuidados gerais, a observação, o controle. Mas pouco na escuta da fala dos pacientes. E aqui a enfermagem já se coloca numa posição de escuta. Muitas vezes ela vai sofrer por isso, porque muitas vezes ela não tem como dar a resposta que ela gostaria de dar àquilo que ela escuta, então, vejo que muitas vezes os técnicos de enfermagem sofrem por isso, buscam em outros conhecimentos, no senso comum, na religiosidade, em outras formas de saber tentar dar conta dessa dificuldade que os pacientes apresentam. Mas o que que acontece? Eles nem sempre tentam dar essas respostas por conta deles, eles muitas vezes vão solicitar, aliás, na maioria das vezes eles vão solicitar à enfermeira, aos psicólogos, às TOs, aos psiquiatras, algo que lhes ajude junto dos pacientes. E essa abertura existe, e ali começa a conversa, começa o debate, e ali começa o trabalho interdisciplinar, ali que ele vai se constituir. Da mesma maneira, as terapeutas ocupacionais, que tem uma atividade mais centrada na formação acadêmica delas, no fazer, muitas delas, aliás, todas as que estão aqui hoje, têm um percurso pela psicanálise quando se colocam a não

só fazer, mas escutar um discurso sobre o fazer que é do sujeito que faz. E trabalham não só com o fazer, mas com as representações que esse fazer, as representações que o sujeito que faz vai realizar. Que essas representações, são representações discursíveis, que não há representação que não seja discursiva. E bom, começam a trabalhar então com a fala do sujeito e não só com o objeto de cerâmica, o objeto pintura, mas com as significações que o objeto cerâmico, facilitações que o objeto pintura, oficinas de arte, ou com outras tantas, produz pra esse sujeito. Então, a terapeuta ocupacional também vai pensar, com relação às questões da medicação, bom, essa medicação tá tornando esse sujeito embotado, ele não produz nada, essa medicação tá tornando esse sujeito afásico, ele não consegue se expressar, então ela vai discutir isso com o psiquiatra, o psiquiatra vai levar isso em conta porque ele sabe que o trabalho da terapeuta ocupacional é um dos eixos condutores desse serviço. Então se não há a possibilidade de trabalhar a expressividade do sujeito, aquilo que é o norte desse serviço, que é trabalhar então, a construção delirante dos pacientes... Bom, aí começa um debate, logo, tô dando a medicação pra isso ou praquilo, bom, não tá adiantando, quem sabe a gente busca outra maneira de facilitar a expressividade desse sujeito e não à não a embotá-lo. Aqui de novo a gente tem um diálogo entre as disciplinas onde a direção do tratamento, ela é única, apesar de nós sermos disciplinas distintas intervindo sobre o sujeito. Mas o sujeito não fica compartimentalizado, uma parte da TO, uma parte do psiquiatra, uma parte do psicólogo, não. Todos, TOs, psiquiatras, as psicólogas, os técnicos de enfermagem, as enfermeiras, a assistente social, buscam trabalhar numa única direção e é isso que vai fazer a construção do trabalho interdisciplinar. Então é nesse diálogo, nesse embate até as fronteiras de cada disciplina buscando a mesma direção do tratamento, é que a gente vai construir a interdisciplina. Bom, a família é importante, a família é fundamental. E ela é parte do tratamento, ela não é a solução do tratamento, e também não é a culpada pelo que acontece com o sujeito que está em tratamento. A gente sabe que a constituição com o sujeito, que a construção do seu sintoma vai depender da maneira como esse sujeito estiver envolto dentro das relações parentais, dentro da estruturação da filiação, da ligação simbólica, da maneira como os pais vão lhe transmitir as questões da sua situação e dos processos identificatórios. Então, a construção do sujeito se dá dentro da família. Então, a gente pode dizer, como se dizia na, com um vize um pouco diferente da psiquiatria, que a família tem responsabilidades com o que acontece com o sujeito, o que não significa dizer que a família é culpada, ou seja, não significa dar o passo e não indicar em nenhum momento a psiquiatria, a psiquiatria. Preconizar a família. Por que a família é responsável, mas a família não é culpada? Porque não é aos olhos da consciência, ou seja, trabalhar com a culpa, com a responsabilidade intencional de um sujeito não nos leva a pensar, nos ajuda a pensar nessas relações que se constroem entre pais e filhos. Porque esses pais também têm inconsciente, eles também têm as suas dificuldades, uma dessas dificuldades muito comumente, vai recair no exercício da função paterna, da função materna. Então, a família tá envolta na situação dos pacientes. Muitas vezes a família não suporta a situação, e não é sem razão. Porque às vezes o paciente incomoda de fato os familiares com a sua loucura, muitas vezes que o paciente incomoda em algum ponto que o consciente desses pais que não suportam essas questões que um filho ou uma filha ressuscita. Então, a questão da psicose, ela vai ultrapassar aquele sujeito, mas ela vai, então, tomar conta dos laços familiares. Não que todos os familiares sejam psicóticos, porque para que um sujeito seja psicótico não há a necessidade que os pais sejam psicóticos. Mas os laços ficam tomados pela psicose de um dos membros da família. E por esse conflito entre uma maneira de proceder que é, por exemplo, de entender o mundo de lidar com o que há de neurose e outra com o que há de psicose. Que não é fácil lidar. Tanto não é fácil, que nós, trabalhadores da saúde mental, muitas vezes nos protegemos dentro das salas de equipe. Eu lembro no São Pedro num trabalho junto com os técnicos de enfermagem que passavam depois de algum tempo no ambiente com os pacientes, eles disseram que sentiam a

necessidade de ir para uma salinha fechada onde os pacientes não tivessem acesso, porque era preciso descansar. Porque eles não suportavam o contato com a loucura o tempo todo, então precisavam se proteger. Bom, não é diferente com os familiares. Conviver com a loucura o tempo inteiro não é fácil. Então a gente precisa entender isso pra poder lidar com esses familiares, pra poder trabalhar com os familiares e não colocar, como muitas vezes se coloca, os familiares numa posição irreal de ter que dar conta do seu doente. Acontece às vezes que a gente exige muito do familiar e ele já não tem muito pra dar. O que não significa retirá-lo do tratamento, mas poder buscar outras formas, quer dizer, tu só vai saber lidando com os familiares. Outras formas, digamos assim, de poder ajudá-los a encontrar outras formas de lidar com a loucura de seu ente. Seja o filho com a mãe, seja a mãe com seu filho, etc. Porque tentar uma locução de lugares ideais na família, entende, é apontar pelo... fracasso. O São Pedro quando começou a tentar mandar de volta seus pacientes pra casa, e ele sabia que esses pacientes estavam abandonados, tentou reatar os laços familiares de qualquer maneira, o que ele encontrou foi mais... e pacientes que vinham sem fazer crises há muito tempo, se tiraram os pés do São Pedro e voltaram pra casa, entraram em crise e acabaram voltando pro São Pedro. Muitos desses conseguiram sair do hospital não voltando pra suas casas, mas indo pra casas de técnicos de enfermagem que faziam pequenas extensões das próprias casas e que se viam cuidando dos pacientes. Então, criaram outras relações intersubjetivas, que não necessariamente as relações da família de origem daquelas pessoas. O que eu quero dizer é que algumas dessas pessoas puderam voltar a sua vida de origem, algumas até se conseguiu reconstituir algum lar, principalmente aqueles que saíram de casa a esmo e ficaram perdidos e a família queria entrar em contato com eles. Mas, então, é importante fazer esse trabalho, não é um trabalho fácil, é um trabalho que envolve lidar com outros sintomas junto, lidar com sintomas de várias pessoas e mais, lidar com os laços que vão se constituindo entre cada uma dessas pessoas. E isso é o complicado, isso é o difícil de poder lidar. Porque muitas vezes a gente entra com um desejo, que é o nosso desejo de que algum laço se produza ali, mas a gente tem que ter o cuidado pra não construir esse laço a nossa cabeça a priori. Se a gente vem, com esse laço, que tipo de laço que a gente quer construir a priori, a gente vai esbarrar no sistema do outro. Então são laços que a gente tem que ajudar a construir como eles podem ser construídos por essas pessoas. E isso é um trabalho longo, não é um trabalho fácil. Interfere, interfere diretamente porque a gente sabe que um serviço público, não só o serviço público como o privado também, mas a relação entre os aspectos administrativos dos serviços, ou seja, que é a interferência da administração maior, do gestor sobre a administração daquele micro espaço particularizado como serviço, ela vai determinar o que cada um vai fazer ou vai deixar de fazer, os recursos que ele vai ter ou vai deixar de ter no seu trabalho. Quando falta medicação na cidade, isso interfere diretamente nos meus pacientes, porque eu não tenho muitas vezes com o que substituir, e sem medicação tem a crise. Muitas vezes por imposição de como trabalhar ou como que, qual é o perfil de paciente que tem que atender, como é que vai ser as salas, os recursos que têm ou não pra atender, isso interfere diretamente no teu trabalho, direto com o paciente, se existir um membro da equipe ou outro, também. Então, tudo isso interfere em equipe. E além do aspecto administrativo, tem o aspecto político que é como que o gestor pensa, politicamente, na questão da saúde mental dentro das políticas de saúde pública. Isso também vai interferir no teu serviço. Isso vai interferir na maneira como a demanda se apresenta pra ti. Então se a gente tem um gestor que pensa que o hospital é a melhor solução, ele não vai investir num serviço como o nosso, como o CAPS, ele vai investir na compra de leitos em hospitais psiquiátricos. E mesmo que isso custe muitas vezes mais caro que o próprio CAPS. Então, isso vai nos tirando recursos e quando os pacientes entram em crise, vai nos tirando possibilidade de lidar com a crise porque vão ser oferecidos leitos de internação. Por exemplo, no caso, se fosse um caso hipotético como esse. Então, os aspectos das políticas públicas de saúde tanto como os aspectos administrativos interferem diretamente

nos aspectos do serviço, correto? Assim como o trabalho de equipe não acontece dissociado, mesmo que se pense que ele possa andar dissociado, ele não pode andar dissociado. A integração de uma especialidade sempre interfere com relação à outra porque é o mesmo sujeito. A questão administrativa, a questão política, a questão clínica se concentram em um, elas não têm como andar de maneira isolada. Elas vão ter que sempre sofrer intervenções uma com o campo da outra e vão criar campos de tensão entre uma e outra. Então, interfere diretamente naquilo que eu faço.

## Entrevista 5

Tá, assim, bom, eu sou professora de Educação Física, mas a minha chegada aqui foi muito mais pela psicanálise. Eu comecei minha formação em 88, em psicanálise, fiz curso na sociedade psicanalítica... E a minha chegada, assim, com trabalho de saúde mental foi muito por essa via, não foi por eu ser uma militante da área de saúde mental pela política, pela questão política, não, porque eu nunca fui, nunca participei tanto das questões políticas, né. Nunca fui engajada nesse movimento da reforma, eu me engajei depois. Então, assim, eu entro muito assim pela questão da psicanálise, como eu sou funcionária da prefeitura, sou da secretaria de esportes e quando eu comecei essa formação eu achei q era interessante trabalhar num lugar que pudesse aproveitar o que eu tava, né, com psicanálise e a prática disso. Quando eu vim pra cá... Então assim, quando eu vim a minha idéia era trabalhar com o corpo, assim, tentar fazer um trabalho engajando a psicanálise e o corpo, né. Trabalhando com a questão da escuta, da imagem corporal, né, da, de como o corpo é afetado por tudo isso. No início é muito difícil, né, porque a gente não tem muito na formação pra trabalhar com a corporeidade, com o corpo, né. Então, tem horas que a tu tem que inventar um pouco e então a gente tinha muita dificuldade, a gente não tinha nenhum local adequado, as salas eram pequenas. Eu acho que trabalhar com o corpo uma coisa complicada porque tu entra toda nisso, tu toca, tu cheira, tu te envolve de uma maneira muito próxima, assim. Então, isso é difícil, porque tu tem q estar muito disponível e eu acho que, no momento, eu não tava. E também senti dificuldades em relação aos pacientes, porque pra eles também, trazer, entrar com seu corpo nas atividades, eles não tem essa, esse desejo, essa coisa de, eu não tenho assim, como é que eu vou dizer, essa, eles não buscam esse prazer via corpo, né, como a gente, né. Eles não têm essa idéia de cuidar do corpo, da imagem, né, trabalhar mais com a imagem, de erotizar isso. Então o corpo, ele fica meio... em segundo plano, mesmo assim. Um pedaço de carne que vem junto, né. Então assim, motivar eles, né, trazer eles, fazer com, né, tu... Então assim, eu não conseguia motivá-los e ficava desmotivada. Tanto que no princípio, a primeira oficina de expressão corporal não funcionou por muito tempo por tudo isso. Eu acabei então, como terminando a minha formação tinha a questão da clínica que eu gosto muito, né. Eu comecei a me envolver também com outras oficinas, com a oficina de pintura, oficina de jornal, de teatro, onde passa mais pela questão da palavra, né. Aí acho que fui levando melhor. Fui conseguindo me envolver com outras oficinas e comecei a acompanhar paciente, a fazer a clínica mesmo, com a supervisão no início do mês. Tinha uma paciente a X, que era uma paciente muito difícil, eu comecei a acompanhá-la, o Y me dava supervisão. E depois, foi me encaminhando outros pacientes e hoje eu faço clínica aqui dentro e eu faço supervisão semanal com meu psicanalista fora daqui e então toda a semana eu levo um caso, faço supervisão com ele já há 3 anos. E dessa forma, né. E aí, há 2 anos atrás a questão da, bom, como eu sou professora de Ed. Física, né, eu vi também sempre esse pedido. Bom, tem q trabalhar com o corpo, dar Ed. Física, e eu também me cobrava um pouco isso, de me voltar

mais pra isso que é da minha área, da minha especificidade e depois de uns 3 ou 4 anos, o secretário da, como é que se diz, o que trabalha na nossa secretaria, o W começou a fazer estágio aqui e propôs uma escolinha de futebol, então aí eu comecei a assessorá-lo, aí fiz junto com ele. E aí foi quando eu voltei novamente a trabalhar com as questões mais do movimento do corpo. E então fiz essa oficina e 2 anos atrás, em função de um residente de Ed. Física do São Pedro, também ele veio com a, a gente pensou junto uma proposta de fazer uma oficina de corporeidade, o ano retrasado. E a gente não sabia muito o que fazer, qual era o objetivo, não tinha isso muito claro, mas a gente pensava muito num espaço onde eles pudessem fazer um trabalho mais lúdico assim, de expressão, mais um trabalho de expressão mesmo e aí a gente foi inventando, a gente trabalhava com capoeira, também a gente trabalhava com música, alguns dias era. Dentro da capoeira tinha a questão da relação com o outro, né, assim a capoeira tem esse jogo de trabalhar os seus limites, o toque no outro, saber que tem regras. A gente achou que a capoeira era muito interessante pra fazer dentro da oficina de corporeidade. E funcionou, eles gostaram bastante. Teve um ano que a adesão à oficina foi bem grande, era um horário legal, então isso assim de entrar com a capoeira algo diferente, de fazer aqueles movimentos, de brincar com isso, foi muito legal. E junto com a capoeira tinha dias que a gente fazia outros tipos de trabalho com música, né. Então, vários ritmos, tudo que é ritmo a gente trabalhava e continua trabalhando, tango, valsa, musica techno, zen, tudo; cada dia um estilo de música e dentro da música de inventar movimentos, trabalhar de grupo, trabalhar de dupla, trabalhar com espelho, trabalhar com uma coisa também mais solta, dançar junto, fazer baile... Muito conhecia a via do prazer do movimento, prazer do corpo assim. Começar a sentir esse corpo, de uma forma prazerosa, ver que esse corpo também dá prazer. Eu lembro de uma paciente que no ano passado sempre chegava se queixando que doía aqui, doía ali, chegava chorosa e assim, a oficina pra ela era tudo que ela saía feliz daqui. Ela falou que esquecia as dores do corpo e passava a curtir esse corpo de uma outra forma, né, vendo que é possível ter prazer com ele. E acho que a oficina visa muito isso hoje assim, é resgatar esse corpo, erotizar esse corpo, esquecer as dores do corpo, né, e passar a percebê-lo de uma outra forma, perceber que dá pra ter prazer com ele, né. E tem um momento na oficina de corporeidade que eu, no final a gente conversa, bom, às vezes é sobre o q aconteceu, como é que foi, o que eles gostaram, o que lembrou, e também fazer eles trazerem um pouco a lembranças deles, das brincadeiras que eles faziam, dos bailes, das danças, né. Eu penso muito em começar também a trabalhar, ainda não fiz isso, mas é idéia é de começar a trabalhar a imagem corporal através do estilo deles, da moda, da roupa que eles gostam, como é que eles vestiam quando crianças, o que eles esperavam, quer dizer, começar a trabalhar esse corpo pela linha da imagem corporal, né. Não o corpo, não um trabalho só de percepção corporal, mas acho que mais pela imagem corporal. Erotizar esse corpo, né, dar uma cara pra esse corpo, ou resgatar, talvez se não foi escrito, tentar escrever alguma coisa. E, mas assim, eu acho, eu ainda tenho muitas, muito a aprender com a questão da corporeidade. Eu ainda não tenho isso muito claro assim, de como isso ta... mas a questão teórica, assim, eu não tenho muito, não tenho. É raro assim... poder sair da psicanálise pra isso assim, né. Não, eu acho que agora, não é mais instituição, né. Eu digo, quando eu entrei aqui eu não tinha nenhum conhecimento da, desse movimento da reforma, eu não participava disso, eu trabalhava com outras, eu trabalhava com esporte, com lazer e, então assim, isso foi algo que eu fui conhecer aqui dentro, fui conhecer os CAPS quando eu vim pra cá. Inclusive assim, acho que quando eu cheguei aqui não sabia nem o que era bem um CAPS, eu sabia que era um serviço da prefeitura que trabalhava com saúde mental. Agora que o CAPS tava dentro de uma política, né, de saúde mental, dentro da questão da reforma, eu não tinha a mínima idéia, né. E, então eu só conheci quando eu vim pra cá e aí que eu também fui saber da importância disso, né. Eu acho que os CAPS hoje deveriam ser uma política, deveriam haver uma política muito mais forte, que desse muito mais importância pra isso, porque eu acho incrível assim, acho que são

poucos lugares que trabalham com a psicose, com a neurose grave como a gente trabalha, tentando resgatar esse sujeito, né. Não doença ou amenizar o sintoma, diminuir o sintoma, medicar e esbater o sintoma. Aqui a gente se, pelo menos assim, a idéia que eu tenho do nosso trabalho é resgatar o sujeito ali mesmo, e antes de vir pra cá, eu achava que a loucura era uma outra coisa, eu achava que a loucura era um defeito que não tinha volta, sabe? Um defeito, então era louco e não tinha jeito, era uma... Quando eu descobri o que era loucura, quando eu me dei conta do que que era loucura, a gente sabe que não é isso, que é um, sim, era uma questão de estrutura e se nasce psicótico, vai ser sempre psicótico, mas há um sujeito ali e essa pessoa tem condições de ter uma vida muito mais digna, de se colocar, de responder por coisas suas, desde que ela seja escutada, que ela seja tratada, que ela seja, que seja dado um lugar pra ela como pessoa e sujeito. E o CAPS como substituição aos manicômios... O que eram os manicômios? Um lugar onde as pessoas eram jogadas e era aquilo, eram as máquinas estragadas que a gente bota fora, não tinha jeito, né, as pessoas morriam lá, não se resgatava nada ali, né, só se excluía. Então eu acho que o CAPS é hoje essa forma de tratamento onde a gente vê que há possibilidade de uma, de se inserirem na vida, né, do jeito deles. É fundamental, né. Eu falei que deveria ter uma política mais forte, eu acho que a política de saúde mental deveria estar inserida no programa de governo. Todas as secretarias deveriam estar envolvidas com isso, em função da questão do trabalho. Que a gente sabe também que são pessoas que precisam de uma certa continência, elas não vão entrar no mercado de trabalho como qualquer um outro, como nós, como, eles têm dificuldade, eles têm, de lidar com as injustiças, em dar conta de alguma coisa, eles não conseguem, se desestruturam. Então assim, a gente sabe das suas limitações e eu acho que se a gente, se as pessoas estivessem um pouco mais esclarecidas, né, das limitações dessas pessoas e das necessidades das pessoas, poderia criar, sei lá, eu penso na Secretaria do Meio Ambiente, abrir vagas pra jardineiros, pra cuidar dos parques, trabalhos que eles pudessem exercer, ter algum ganho com isso e, eu sei que tem toda uma burocracia, mas criar projeto, quem sabe, de cada Secretaria para inserção, pra trabalho de inserção, né, as pessoas que têm problemas psíquicos, sei lá, cultura, a cultura dentro das suas próprias oficinas, né, poder receber essas pessoas para o teatro, oficinas de escrita, sei lá, acho que todas as Secretarias poderiam ter projetos que pudessem receber essas pessoas pra trabalho, né, eu não sei se também não é uma coisa meio excludente, eu não sei, mas eu acho que a gente, que essa uma grande dificuldade que a gente enfrenta é a inserção, é sair fora daqui, ser independente. Fora daqui tem um muro, fora daqui tem um muro que eles esbarram, né, porque eles não têm muita chance fora daqui para o trabalho, pra auxiliar de televenda, eu acho a oficina de geração de renda muito limitada, acho que, sei lá, acho que falta isso, um espaço onde eles possam produzir renda, porque assim, a gente faz todo um trabalho pra resgatar essa cidadania, pra serem sujeitos da sua vida, pra darem conta, só que, não tem trabalho, eles têm problemas de renda, de dinheiro, eles sempre vivem na dependência do outro, da família, ou do estado, de uma pensão, e muitas vezes por isso, porque tu não tem onde se inserir. Então, eu acho que isso é algo que tinha que ser pensado e, talvez marcenaria, né, tem trabalhos assim, mais artesanais que eu acho que eles poderiam ao sugerir esse tipo de proposta ter uma renda de vinte a trinta reais por mês. É, pra mim é inviável, é bobagem, isso não motiva. Eu acho que, não sei. Trabalho de serigrafia, trabalho com arte, trabalho com papel, eu sei que eles têm tudo isso, mas a forma como é feito, eu não vejo muito, e isso também tem que ter um certo cuidado, que a gente infantiliza muito eles, trata eles como.. Eu acho que assim, até nas oficinas a gente tem que ter um certo cuidado com a infantilização, né, não tratá-los como doentes assim. Acho que tem que esperar mais, tem que se impôr mais, tem que apostar mais, né, eu acho que o quanto antes tu olhar, mas como que eles podem, e tu fica dizendo pra eles que eles podem, e eles respondem. Então, não ser muito paternalista, nem maternalista, porque não é isso que eles precisam, eles precisam é de tratamento e oportunidades. Essa é uma questão difícil de responder porque eu não tenho,

não penso muito sobre isso assim, não tenho um pensamento, uma formulação sobre isso. A coisa individual falando, falar de mim eu acho mais fácil, quando eu penso, porque eu acho que isso parte muito do desejo de cada um, entende, e às vezes procurar, sei lá, até como professor de ed. Física, ah tu vai participar disso, disso, eu não sei, acho que parte do desejo, né. Eu, pra mim, foi muito tranquilo, né, trabalhar com a oficina de... trabalhar com a pintura, fazer a clínica mesmo, tava no meu desejo. Então assim, claro, eu não comecei sozinha, comecei acompanhando as pessoas que trabalhavam isso, na oficina de pintura eu comecei junto com a Z, a TO, a de jornal com a K, que era TO, me deram oficinas de grupos, eu também fiz grupos de conversa, comecei com a A que é a psicóloga. Então, eu me inseri junto com outras pessoas e como era do meu interesse, eu me engajei e acho que sempre saiu tudo bem assim, tive facilidade pra trabalhar essa coisa da interdisciplinaridade. Eu acho que é muito da disponibilidade de cada um, do desejo de cada um. Não adianta tu trazer alguém que tem uma visão só de um campo e não consegue e aí tu deseja, é isso que eu acho. Uma coisa de cada um assim, de estar aberto, de querer aprender, de se disponibilizar. E assim, às vezes eu, puxando um pouco a brasa pro meu lado, mas acho que a psicanálise, pra mim, tá tudo muito... pela psicanálise, acho que a psicanálise te leva a isso, a essa abertura, porque são sempre formas de veres, fazer uma representação de, né, das suas questões, se será escrita, será pintura, no jornal, no teatro. Essa leitura que eu tô fazendo com a Dra. B, esse jogo de cuidado, como é que eles se representam, como é que é eles partem pra questões do simbólico, aquilo... então eles têm várias formas então eu fui buscando, interagindo com esses campos. Então pra mim, não há muito problema, mas eu acho que é muito do desejo, da disponibilidade de cada um, poder trabalhar com isso, com a interdisciplinaridade. Talvez na sua formação. Como eu não tive uma formação, essa é uma formação minha, por percurso meu, eu não sei se hoje a formação de quem tá entrando agora já tem uma visão mais ampliada, desses campos de estágio. Tô vendo os residentes hoje, eles tão dentro de um trabalho interdisciplinar, talvez eles vão ter essa visão que eu não tinha, na sua formação. Uma coisa que eu não tive na minha formação, que foi, pra mim foi assim, foi o meu desejo, porque isso que eu te digo que não tenho nada formulado porque eu nunca, nunca foi demandado isso de mim. Eu cheguei aqui, meio na cara dura, quando eu vim pra cá pro CAIS, conversei com a C, eu nem conhecia, eu vim aqui conversar com ela, falei da minha formação, ela achou que era interessante e vim assim sem muito saber o que era. Foi aqui dentro que eu aprendi tudo. Pois é, tá aí uma... eu tenho uma certa resistência com a família, eu com os meus pacientes, eu pouco chamo a família, eu, na verdade assim, a família eu deixo com a assistente social, eu não envolvo a família no tratamento, não gosto de envolver, não, entende? Eu penso que os problemas com família ele vai ver com a família e a assistente social. Claro que se é um problema dele, da relação dele, que ele traz pro atendimento, tudo bem, agora chamar a mãe, o pai, dizer o fulano tá assim, tá precisando, eu não sei, acho que isso me atrapalha um pouco e acho que atrapalha o tratamento também. Eu trato o sujeito que tá ali, e ele que dê conta dessas questões assim, são questões de relação mesmo, de, a família tá com problemas, eu encaminho pra assistente social. Eu só tenho um paciente que eu atendo inclusive a mãe, porque ali é uma relação muito simbiótica, muito doente, e depois de 2 anos eu não via muita saída e junto com supervisão, vamos chamar essa mãe pra ver o que acontece e essa mãe começou a demandar tratamento também e eu acabei, eu atendo os dois, e tentando fazer a separação mesmo. Trazendo o pai também e trazendo, porque essa mãe tira o pai, então eu achei trazendo o pai. O trabalho com ela, tem a ver com todas as questões dela, mas também puxar esse pai, fazer esse pai se tornar mais presente, fazer com que ela dê um lugar pra esse pai, porque, né, aí é uma questão da clínica, aí a família tá dentro de uma questão clínica mesmo. Não sei se deu pra separar assim, mas agora eu não costumo chamar os parentes, não costumo falar com parente também, eu costumo escutar o paciente, o que ele traz. Difícil, difícil assim, trabalhar com psicóticos é difícil porque os resultados não são

imediatos, os resultados são a longo prazo, e esse resultado, não é assim, não é a cura, né. Então, tem uma demanda muito grande de fora e a gente não tem muito o que, porque assim a gente começa a atender, a acompanhar os pacientes e bom, não vê muita saída pra eles fora daqui e tu não sabe pra onde remetê-los, e tem mais gente querendo chegar. Então, assim, a gente tem dificuldade de abrir mais vagas porque é um trabalho, isso é difícil, a gente não tem uma rede aonde tu possa também ter um apoio, nessa rede pra inserção, nessa rede pra encaminhamento, então, assim, a gente acaba se achando os bons, não tem mais ninguém, então tem que dar conta de tudo, né. E todos os anos que eu tô aqui, todos é assim, é uma paranóia, vai fechar, ninguém acredita, vai ter que ser de outra forma e sempre surgindo nessa nóia, né, agora tava com o teto caindo, a gente pensou em transferir daqui pra um outro lugar, um motivo pra acabar com o CAIS. Porque é um, a política do lugar, essa política de estado não é uma política que tá consolidada. Então a gente tá sempre assim, será que vai continuar? Uma coisa bem insegura, assim. A gente aposta, eu aposto porque eu não acredito em outra coisa. Então eu acho que é uma coisa que a gente tem que estar o tempo todo resistindo pra que eles visem, convencendo de que ele é importante e, a gente sabe que ele é, mas eu acho que eu poderia falar assim até volto à questão da psicose, que é muito incompreendida, é uma coisa que é uma incógnita. Então eles não têm essa idéia de por que que isso tá aqui, pra que isso serve, da importância desse trabalho, porque ainda é, a loucura ainda é uma incógnita. E esse curso que houve no ano passado, curso de residência, do curso de formações de saúde mental, eu lembro que um dos espanhóis que veio falar desse trabalho trouxe a questão de uma rádio que eu achei genial que eles fizeram uma rádio lá na Espanha, nessa cidade e tem aqui na Argentina, eu acho, a experiência. Acho que não é muito diferente da Espanha e que o serviço lá, montaram uma rádio onde que as pessoas, os usuários vão, tem essa rádio e falam e tem programas, programas de rádio e eu achei genial porque é a forma que tu tem de se inserir na comunidade, na sociedade, na cidade. As pessoas começam a escutar e bom, “o louco faz isso? O louco diz isso?” Acho isso importante, as pessoas ainda acham que a loucura é uma coisa estranha, como eu disse, pra mim era uma máquina com defeito que não tinha jeito, isso era a loucura. Então a tendência é excluir, no momento que tu começa a conhecê-los, a saber que são pessoas que têm problemas diferentes, que têm modo de ser diferentes, que têm, que escutam vozes, que falam, que deliram, mas que são pessoas que podem ter um papo normal contigo, podem te ensinar, alguns, talvez outros já estão muito afetados, mas são pessoas que dá pra conviver conosco em qualquer lugar e eu acho essa forma de eles poderem entrar na casa das pessoas e as pessoas poderem ouvir esse programa feito por pessoas com problemas psiquiátricos e acho que elas se surpreenderiam, né, o que que é loucura. Acho que uma rádio seria muito legal, assim, uma forma de inserir eles, pras pessoas saberem né, desmistificar a loucura, acho que tem muita incompreensão em relação à loucura. A loucura é muito excluída, e acho que a loucura gera muito medo. A loucura gera medo, as pessoas fogem da loucura e não querem saber dos outros, porque tu não sabe lidar com isso, né. É difícil, é muito estranho tu chegar e alguém estar falando contigo, delirando na tua frente. Pra nós isso não, imagina pra quem tá, como se lida com isso? alguém que começa a te falar “tô ouvindo isso, tô vendo aquilo”, poxa, tu foge, né. Então porque não provocar a inserida? Também por outra problemática, quer dizer, enquanto a loucura não estiver inserida, não estiver sendo, não for desmistificada, né, ela vai ser sempre excluída, né. Então, isso.



Bom, assim, como assistente social da equipe, ao longo desses dez anos, assim eu sempre procurei me permear, perseguindo assim pelo menos alguns princípios de se manter para os princípios, claro, tem, não necessariamente que a palavra princípio seja correta, um direcionamento político-teórico, que é a questão da cidadania, de pensar a pessoa com sofrimento psíquico como cidadão que precisa ser protegido pra conseguir fazer valer a cidadania, né. Com isso, junto com isso, o que significa? Que ele possa ter acesso às informações necessárias pra ele poder exercer sua cidadania e tipo, direitos que ele tenha como cidadão, daí isso envolve desde, sei lá, o direito que ele tem de votar, o direito que ele tem de receber um benefício, de requerer esse benefício, direito de ser respeitado, valorizado, direito de trabalhar, embora com todas as dificuldades que ele possa ter. E muitas vezes direito de ser entendido pelos outros, de se fazer entender. Muitas vezes é complicado, porque muitas vezes quando o usuário chega aqui ele já não tem mais família, né. Porque já teve, foi criado numa situação de abandono, de conflito, a gente vem trabalhando tentando recuperar o prejuízo de quantos anos de, mais de 100 anos de uma política manicomial, né, então a gente vem atrás desse prejuízo, alguns pacientes jovens, com toda... O prejuízo das seqüelas mesmo da institucionalização, né, e a gente tentar trabalhar na contramão disso. Então, implica em poder com que esse usuário, ele possa desenvolver sua autonomia, claro, ser protegido na crise e poder no pós-crise, resgatando o que foi perdido, pelo menos é isso que se persegue, se consegue muitas coisas, mas eu não consigo pensar em reabilitação psicossocial porque pra mim é um dos eixos do trabalho, tem que pensar em ter um trabalho, a dignidade de poder trabalhar porque muitos usuários nossos, eles tão estáveis e eles têm condições de desenvolver alguma atividade produtiva que lhes dê uma renda. Mas hoje não tem, não existe um mercado de trabalho, não existe uma legislação que estimule o empregador, como existe pros deficientes, pras pessoas com necessidades especiais, não existe pra quem tem sofrimento psíquico, não entra, não abrange, quem tem sofrimento psíquico não tá protegido por essa lei. E, claro, a gente aqui não consegue fazer, teria que ter uma discussão na secretaria, mas sempre que eu posso eu tento levantar essa discussão porque eu acho que a gente precisa acordar pra isso, né, a pessoa com sofrimento psíquico não precisa só de tratamento, ela precisa de ter onde morar com dignidade, ter condições de ter uma renda que permita ter uma vida digna, e a maioria assim talvez o benefício não é a saída pra eles, não pelo valor do benefício, mas porque o benefício as pessoas tem autonomia e aí não vão, não tem porque entregar um benefício pra quem pode trabalhar, mesmo que não possa exercer qualquer função. Alguns, por exemplo, não teriam condições de lidar com o público, mas podem sim fazer um trabalho no almoxarifado e podem fazer isso muito bem. Mas não se consegue, um uma vez a gente conseguiu no BIG, esse paciente, ele trabalhou um ano e meio e depois não conseguiu mais trabalhar, ele já tinha estabelecido que ele ia trabalhar um ano e se aposentar. E a gente conseguiu com que ele trabalhasse mais um ano, mais meio ano do que ele tinha se proposto. A outra questão assim de trabalho, é também tentar fazer com que o familiar consiga entender, tenha um entendimento melhor dos limites e das possibilidades do usuário que tem sofrimento psíquico, junto com esse caso a família toda sofre junto e se isso não for escutado, se isso não tiver um suporte, pode sim vir a resultar num abandono. Porque é muito pesado, é muito difícil. A família às vezes, também são doentes, também ficam doentes, mais do que isso assim, quando o paciente entra em crise. E eu sempre tive o privilégio de trabalhar numa equipe também que sempre, dentro da sua origem, e hoje houve uma mudança de pessoal ao longo dos anos vêm mudando, mas digamos que a maioria da equipe tem muito claro as questões sociais, então isso, sempre se pensou de considerar a questão do sofrimento psíquico não ser dissociada, né, da situação social daquele usuário, então isso é muito bom porque a gente sempre pôde se debruçar junto, pensar junto, até porque a gente sempre se propôs a trabalhar de uma forma interdisciplinar. Então não é aquela coisa ao assistente social, é junto com o assistente social a gente poder pensar num plano terapêutico que inclua,

que englobe a situação social daquele usuário. E bom, eu não tinha nenhum preparo quando eu vim trabalhar aqui, eu tinha preparo pra saúde pública, trabalhava com planejamento, saúde do trabalhador, e vim agregar a equipe sem ter tido um treinamento, a não ser achar a questão importante e muito interessante, as pessoas de uma certa forma sempre me intrigaram, com sua trajetória de vida, o que que elas viveram que fez com que hoje elas tenham essa outra escolha de vida. Então, sempre foi uma questão muito interessante pra mim. Eu fui agregada e não tinha, ajudou, eu sei que eu contribuí com o CAIS no início, embora não tivesse uma formação específica com saúde mental, com o planejamento e a inserção na rede porque eu conhecia muito bem a rede de saúde de Porto Alegre. E aos poucos é que eu fui conseguindo pensar em trabalhar dentro da especificidade do serviço social. E foi se construindo, também ao longo dos anos foi se ampliando alguns benefícios. Na época em que o CAIS iniciou, possibilitou muita coisa, mas é insuficiente. Ele é um benefício muito excludente, os critérios são muito excludentes. E a gente também fez muita, um enfrentamento com o Ministério Público dentro de várias questões de usuários que a gente achava, queria proteger o usuário de ser interditado, porque não eram casos que requeriam interdição. Com isso, claro não só, com o trabalho de outros colegas, não só assistentes sociais, mas profissionais de saúde mental, a gente conseguiu que o Ministério da Saúde e o Ministério Público também visse essa posição. Sem isso, me lembro do primeiro coordenador dessa coordenadoria com as discussões que a gente levou no início, era assim, o paciente foi internado uma vez, precisa ser interditado, ele não tem condições. Então a gente foi conseguindo aos poucos, ao longo dos anos, com as discussões de outros colegas, no enfrentamento de algumas situações, evitar que um monte desses pacientes fossem interditados, assim como em alguns momentos a gente teve que trabalhar com o familiar, claro que muito menos, pouquíssimas situações a gente teve que trabalhar com o familiar pra que o familiar encaminhasse o processo de interdição porque eram pacientes que precisavam, precisavam assim ter um curador como seu representante pra fazer valer seus direitos de cidadão. E também que eu acho que às vezes, ter os vínculos da curatela mostra a fragilidade do vínculo familiar nesse momento que às vezes a curatela é a lei criando um vínculo, daquilo que o afeto, vínculo familiar foi se fragilizando ao longo do tempo. Então em resumo assim, pensando nessas coisas todas hoje, o que a gente, o que que eu faço, trabalhar com o usuário, ajudar que ele possa ter uma boa moradia, ou estar abrigado, poder ter o benefício, ter alguma renda dentro do possível, trabalhar com o familiar pra que ele melhore o funcionamento, fortaleça o vínculo, trabalhar esse vínculo, trabalhar com o Ministério Público, trabalhar com informação, sem contar é claro, o fato que é um diferencial, que é a Oficina de música que a gente faz aqui. A gente sempre procura no CAIS desenvolver atividades terapêuticas, criar atividades estratégicas e terapêuticas, mas que o oficinairo, o coordenador do grupo, da oficina, tivesse a ver com o trabalho. Assim, eu sempre gostei de música e acho que tem um potencial muito grande terapêutico e pena que a gente não tem o tempo pra sistematizar alguma coisa a mais sobre isso que tem, até pra registrar isso, a gente não consegue registrar e sistematizar os momentos fantásticos que acontecem na oficina, o quanto potencial que a música tem, às vezes, de trazer aquele sujeito que tá em algum outro lugar pra dentro do espaço, sintonizar com a música e também o quanto que muitas vezes a música não só traz como leva pras lembranças, memórias, resgatar coisas da sua história. Sem contar com o prazer da dança e de cantar que é muito fantástico assim. Muito bom. Eu acho que a gente já teve momentos melhores de trabalhar essa questão da interdisciplinaridade. Eu acho que a equipe teve momentos que teve melhor, trabalhando melhor, mais bem situada assim junto à Secretaria, com um projeto mais definido. E hoje acho que a gente tá um pouco, meio perdido, não digo a gente enquanto CAIS, não necessariamente precisa carregar assim. Hoje a gente não tem clara qual é a posição da Secretaria. Acho que tem ambivalências, eu não cheguei a examinar bem o plano de saúde mental que foi aprovado, mas, nesse plano mantém

algumas coisas, mantém os CAIS, mas ao mesmo tempo tu vê alguém tomar pronunciamento da Secretaria da Saúde falando em que a reforma psiquiátrica precisa ser revista. E acho que o nosso posicionamento, bom, o meu posicionamento é exatamente a reforma aconteceu, então ela não precisa ser revisada, precisa ser implementada. Então, não é o problema da reforma e sim do governante, não ter tido vontade política ao longo dos anos de fazer, de efetivar uma rede que dê conta, uma rede substitutiva que dê conta. E essa necessidade que é de fechar os hospitais, os manicômios. Mas, enfim, eu acho que isso faz com que a gente esteja muito estressado, muito angustiado, muitos não pensam assim, fazendo um esforço pra gente não perder a nossa identidade enquanto serviço. E às vezes a gente perde, tem momentos em que a gente se perde. Mas eu acho que, o que isso faz? Com que a gente não esteja mais conseguindo fazer como eu gostaria das discussões de casos, das interconsultas, onde a gente pudesse pensar junto como é que tá indo sobre o caso, talvez isso esteja muito no plano ideal, mas teve um momento em que a gente conseguiu fazer isso melhor, hoje a gente faz isso com muita pressa, com uma certa intolerância, eu diria que não é nem por não se ter uma, porque eu acho que é assim que vai acontecer a interdisciplinaridade, é a gente poder tá junto, pensar junto, definir junto o plano terapêutico, nessa alta que tem, de achar interessante e podendo avaliar o tratamento mesmo, a eficácia desse plano terapêutico que a gente foi definindo ao longo do tempo. E daí eu acho que a gente tá muito estressado, a gente não tem feito isso como deveria fazer, então, fica muito aquém da coisa, acaba sendo frustrante também, acho que tá todo mundo sobrecarregado, é bastante trabalho, não são poucos. A gente não tem, dentro da conjuntura, um lugar de paz, que era a discussão que a gente tava fazendo há pouco, a questão da crise, mas ao mesmo tempo também não nos encaminham muito pacientes em crise. O que vem primeiro? O ovo ou a galinha? Eu acho que a gente tinha que ter uma boa estrutura pro atendimento de crise pra poder trabalhar também esse segmento, ao mesmo tempo a gente tem que ter mais disponibilidade e menos ambulatório, daí precisa encaminhar os usuários e pra onde que eu encaminho se a rede não recebe? Acho que são estratégias que a gente tenta discutir aqui dentro, mas que não tão ainda muito, não tão resolvidas. E eu sei que medida, há interesse da parte da Secretaria de resolver isso. Então, eu acho que a interdisciplinaridade, que ela fica um pouco, um tanto perdida no apagar incêndio, no dar conta do dia-a-dia, que nos pressiona pra dar resolutividades, soluções, achar uma solução pras situações. A gente consegue fazer muitas discussões, mas eu acho que tá muito aquém do que a gente deveria tá conseguindo pensar e introduzir. São os nossos problemas institucionais.

### Entrevista 7

Tá, bom, quando tu me convidaste pra participar dessa pesquisa, eu pensei em falar, mas até como é que eu concentro nesse Centro de Atenção Psicossocial, o que que é isso, porque esse nome. Me ocorreram três coisas que eu acho importante pra tentar pensar esse trabalho que é quem a gente atende, a clientela, porque que existe o serviço pra atender essas pessoas, a questão da interdisciplinaridade, eu tinha mais uma coisa que eu tinha pensado mas me perdi, até o nome original que tinha, tá aparecendo mais CAPS do que... mas o nome que foi proposto há 10 anos atrás no plano de saúde mental de Porto Alegre era a idéia de um CAPS, mexeu nas letrinhas, Centro de Atenção Integral à Saúde Mental. Centro Integral, é até uma coisa que eu me debato, se a gente tem que ser integral, se a gente tem que dar tudo pras pessoas, mas era mais pra brincar com essa imagem do porto, do porto seguro que alguém pode chegar quando tá muito mal, ficar um pouco melhor e partir. Não seria um lugar também

prás pessoas ficarem o resto da vida. Um projeto que é assim, que atende pessoas em situação de crise com sofrimento psíquico grave, psicóticos ou neuróticos graves. E aí eu achei uma questão importante assim, porque, é um serviço que eu acho que é pra atender quem mais precisa. Sempre vai faltar, não dá pra atender todo mundo, então eu acho que sim, precisa ver quem tá numa situação mais difícil, quem tá sofrendo mais, que o caso traga mais conseqüências pra sua própria vida, pros seus familiares, enfim, assim, precisa existir e pra isso tem na porta, bom, quem tá um pouco melhor até consegue se virar mais sozinho. E o psicossocial, eu gostava de um termo que a X também usava, que era assim pessoas em situação de unabilidade psicossocial, então tão mal psicologicamente então todas as questões sociais dela também eu acho assim, isso parece muito dos moradores de rua que a gente atende, tu vê que são pessoas que tão em situação muito frágil, muito difícil. E aí eu acho que tem muito a questão da interdisciplinaridade, bom, são casos muito complexos, muito difíceis e pra problemas complexos, precisa de respostas complexas e assim entra, acho que a gente, a medicina unicamente não dá conta disso, acho que precisa mais fazeres de outros profissionais trabalhando juntos pra poder tentar indicar algum caminho, algum tratamento pra essas pessoas. Enfim, a gente sabe que a medicação é uma coisa importante, mas o que a gente precisa nos dar um volta por si só em alguma. Em dar conta da situação. Então, nem mesmo assim, bom até pra um... dar a medicação, tem toda a relação do médico e tudo assim. E a outra questão, agora eu achei era... foram os três pontos assim que eu pensei. Quem a gente atende, a questão da interdisciplinaridade e a questão do próprio acolhimento, como é que se recebe essas pessoas assim, de não ser uma mera viagem, poder permitir que as pessoas realmente façam um vínculo com o serviço, também de pensar nesse vínculo, não pensar somente nos sintomas. Não sei, acho que são os três pontos que me ocorrem. Eu, particularmente, eu venho nesse projeto desde o início, na verdade eu ingressei na Prefeitura em 91. Me lembro assim até quando cheguei na pensão, ah fiz um estágio contigo em comunidade terapêutica e eu gosto dessas coisas, desses serviços, colocar mais, que era uma moradia pra doentes mentais e que a gente trabalhava em condições bem difíceis, o prédio era muito ruim e depois foi reformado, mas já quando eu trabalhava lá. E outras pessoas... vinha muitas pessoas pedir atendimento de saúde mental na cidade e a partir disso é que a gente foi se reunindo pra montar um Centro de atendimento. No ano em que tava terminando a reforma da pensão, a equipe se dividiu entre as pessoas que iam continuar trabalhando na moradia e os que queriam trabalhar com atendimento. Por outro lado, acho que isso tem sido uma coisa muito difícil, na verdade, todos esses anos assim, o nosso é o único serviço de Porto Alegre que procura, pelo menos tenta funcionar como CAPS. Causa uma sensação de isolamento, de ilha muito grande. Acho difícil. Tem outro, o CAPS da Cruzeiro mas ele não funciona num sistema de turnos, essa coisa de poder passar o dia inteiro, nenhum outro serviço oferece. Eu tenho trabalhado sempre mais diretamente com o atendimento, com supervisão, e isso também seja uma opção do, do que que tem marcado o nosso serviço, eu acho que é a questão da formação, a gente sempre foi um serviço que teve muito aberto a estágios, residências, cursos de formação, acho que a gente nem tem mais isso de deixa entrar ou não. Acho que a gente já perdeu a conta de quantas pessoas puderam aprender conosco aqui, com o serviço. Muitos, muitos estagiários, talvez uma centena deles começaram a, todos assim... Porque eu acho que assim os impasses da reforma psiquiátrica que não, nesse tempo todo, não se conseguiu criar serviços que dessem conta das pessoas que deixaram de ser atendidas nos hospitais psiquiátricos. Essa coisa que a gente chama de serviço substitutivo, a criação de serviços substitutivos não aconteceu, e até porque talvez, não sei, assim a questão política ou, e isso às vezes até, pelo menos pra mim, às vezes me deixa com medo de começar aquele processo e quando a gente ver... Sabe de uma coisa? Não sei mais sobre isso, essa droga de... pra quem fraqueja assim, bom, as pessoas não têm consciência, tem que pensar, as pessoas não têm consciência, tratar... certa, não precisasse de hospital, tem tantas pessoas na fila

querendo ir pro hospital, então onde fica a questão dessas pessoas? Então eu acho que é um momento bem delicado. Por outro lado se vê assim isso também nas notícias que é feito no Rio Grande do Sul e não aparece muito no papel. É uma idéia de ter um serviço assim e depois, bom, vai ficar ali dentro dos serviços federais e aí esse nome parece que começa a existir. E às vezes também há um contra-senso de por que que isso acontece em Porto Alegre primeiro, os municípios não teriam que pensar numa rede mais, porque a gente tá no centro, patinando nisso que é difícil de avançar. Não sei... Bom, eu acho que a questão da interdisciplinaridade se tá dentro do acolhimento da própria pessoa, que quando tu faz o plano terapêutico tu tem que como profissional votar, sempre se fala num sistema de micro equipe assim. Geralmente devido, os pacientes são atendidos por quase todos os membros da equipe, quase todos tem psiquiatra, a equipe defende a indicação de psicoterapia ou não, pela questão das atividades, de... poucos têm possibilidade de trabalho. E o serviço social mais vinculado à questão dos familiares. Então eu acho que se tenta ver se esse, o que a gente queria com isso, bom, é um profissional pra gente saber que vai dar conta do atendimento desse caso e tem essa troca que se dá constantemente, eu acho que a gente é... A prática de interconsultas que a gente chama, por exemplo assim. Bom, né, é um caso até que tá aqui há dois anos, já se passaram, agora até tá com psiquiatra novo, tá com residente. É um caso que tá... Eu entrei agora há pouco tempo ele não tinha psicoterapia, até tinha, mas não era atendido pela questão institucional. Então, o que mais? O que a gente pode investir nesse caso? Eu acho que as respostas tão nos momentos de uma grande equipe, ou os momentos de, eu acho que até pelo fato da discussão, de poder um falar pro outro o que pensa, ter opiniões diferentes. Pra mim é muito por aí. E de também não, na medida do possível, não se privilegiar uma disciplina, que um tem mais poder que o outro. Não sei, eu acho isso. Essa eu acho que é uma questão pro nosso serviço um pouco difícil, eu acho, ali, poucas pessoas têm, a administração não tem a possibilidade de terapia familiar. Nenhuma pessoa da nossa equipe tem atuação nessa área. Eu acho que até poderia a gente ter isso, não se dediquei a isso, ficar um pouco centrado no serviço social. E é o caso, mais assim, são várias questões aí, uma assim, de problema do tratamento, uma, por exemplo, uma das questões principais que não tem familiar. Por exemplo, tem essa questão de moradores de rua ou de famílias que tão com vínculos cortados há muito tempo. E tem coisas que tu nem consegue, realmente, o familiar, e tem a questão da instituição, tem que fazer esse contato com a instituição, os abrigos, as casas, o responsável, a pessoa que participa do tratamento às vezes nem é propriamente um familiar. Outra, eu pelo menos como psicoterapeuta tenho situações que é muito pesado e muito difícil tu conseguir escutar ao paciente e seu familiar. Tentar escutar os dois não vai dar certo, tu vai perder a confiança no paciente ou aquilo que o familiar diz vai atrapalhar o atendimento, tu vai começar a dar mais razão, vai escutar mais o familiar que o próprio paciente. Então, nesse sentido, eu acho que é importante ter outro setor que se ocupe, quem faz mais isso é a L, que é psiquiatra, se bem que tem algumas situações assim que acho que eu escutar também o familiar não vai interferir, não vai prejudicar o paciente, então eu faço isso eventualmente. Em que momento o familiar é chamado? Acho que geralmente, no início do atendimento até pra convencer e pra... Agora, por exemplo, o que eu fiz? Eu chamei o esposo de uma pessoa que eu tô atendendo pra dar uma série de orientações em relação aos atendimentos clínicos, reforçar que ela precisa ir ao ginecologista, ver como é que ele podia participar disso. Também às vezes o familiar no sentido de, ele quer ter, quer fazer parte do serviço também, em termos da história, da... Me ocorre por exemplo que a minha irmã que é... falou muito sobre casos que ocorriam e que trabalha diferente. Em termos de... Isso eu tô falando mais do ponto de vista terapêutico, esse ano em relação de familiares que a gente nunca conseguiu substituir. Isso é ruim pro serviço. Ano passado, sempre se tentou fazer assembleias e, não sei, não sei por que que a gente nunca conseguiu fazer uma reunião de familiares. Já teve uma participação muito pequena, horários, não sei assim, participação pequena e outra, o que eu

me lembro é que teve essa movimentação no ano passado foi quando, quando houve essa mudança da medicação, entre outras coisas que esse governo fez, a mudança da medicação, também pelas mudanças políticas que se faz, mas também pela força que não... Mas eu vejo as coisas que eu faço mais aqui, as pessoas da equipe têm essa formação mais para o atendimento individual que aí eu acho que é uma coisa da constituição da equipe, mas também como pessoa. E as pessoas acabam fazendo aquilo que sabem fazer melhor e não têm muito tempo. Não sei... É, eu, pra nós é até um pouco difícil de avaliar, porque é a primeira vez que a gente tá passando por uma mudança de gestão política, mesmo. Dez anos que o serviço teve sempre o mesmo partido, a mesma direção. Pra mim, isso é uma questão que vai contra a interdisciplinaridade e isso a gente tem que, não sei se isso tá escrito em algum lugar, mas o que a gente sabe, por exemplo, é que tem uma direção nesse governo que tem que ser médico que esteja na coordenação do serviço. Por isso que eu acho que é curioso, tá, porque que o médico tem mais capacidade pra gerenciar o serviço do que outros. Não sei, também acho que a mudança não tem nenhum ano, a gente não tem noção do que fazer pra manter no serviço ou se pode mudar, a gente não tem muita segurança. Ninguém tá completamente tranqüilo em relação aquilo que vai acontecer a título de trabalho, o que não vale tanto assim. O que eu sinto é mais isso, talvez um certo privilégio dessa questão. Falar pra pessoas que não tem médico, então como é que tu atende? E até em questão de, é isso, né. Bom, se tu tem um retrocesso em termos de, bom, então vamos gastar com internações psiquiátricas de novo. Então pra que CAPS? Tem que, é difícil de, acho que te dá uma certa angustia quando tu não vê o serviço se multiplicando. Até encontrei, esse fim de semana encontrei uma colega que disse “Ah, agora tô vendo, que vai ter CAPS...”. Porque é muito da equipe, também faltam muitos recursos e às vezes até a própria questão, também não é que não precise de psiquiatra. Bom, como é que as pessoas vão pro CAPS se não tem psiquiatra? Como é que tu atende uma situação de crise sem uso de psiquiatra? Dá medicação? Não sei assim, acho que é um momento de apreensão. E outra, também assim... e não sei assim em termos de produtividade como é que se mede a eficiência, a eficácia de um serviço, se é por números, se é... E tu precisa ficar constantemente medindo isso ou tu confia, a aposta é válida em que ponto as pessoas tão investindo aqui. Não é nem questão da quantidade e da qualidade do profissional. Às vezes tem essa coisa: “Vocês atendem pouco”. O que é atender pouco e o que é atender muito? Eu não sei, ou mesmo a questão do atendimento intensivo. Porque a gente atende pessoas, quinze minutos cada uma e tu atende muito, passou com dez o dia inteiro aqui e como é q se faz isso, como é que tu não faz. O número na verdade, bom, tu vê o que tu quiser ver, ou tu leva ele pra um lado ou tu leva ele pra outro. E a própria, eu acho que é uma coisa, em termos políticos que a gente ficou, que a gente nunca se questionou isso enquanto funcionário, mas até a própria questão do movimento que foi feito na educação de que se participe, se tivesse o direito de escolher os diretores e isso é importante, é uma coisa de Estado. Como que poderia ser interessante que a coordenação fosse eleita também, um processo mais democrático. Acho que isso, pra ter uma mudança maior, até mesmo em termos de coordenação. Uma coordenação de fora, que foi uma concordância da equipe. Não foi diferente do que se faz em todos os lugares, foi a maior mudança que a gente sentiu nisso, agora conseqüências disso ainda vai ter no processo, é a saída de contato terapêutico, é a saída, eu acho no caso de profissionais, não só especulações, que eu vou falar pra ti, profissionais que tavam há muito tempo aí e foram retirados. Daí também não sei se eu me, fico muito abrangente, mas acho que também tem muito a ver com trabalhar com serviço público, a dificuldade que se tem de manter um trabalho no serviço público. A falta de condições de trabalho. Assim, do ponto de vista de política, de saúde do trabalhador na Secretaria, não existe, até parece que tinha que também, tinha até um hospital pra esses montadores, do foro desmontado fica muito pelo, uma questão muito individual, particular de cada profissional procurar supervisão, procurar tratamento fora daqui e pagar isso

privadamente. Não tem uma política e até acho que a equipe fica doente mesmo, porque com essas questões todas assim. E um técnico aqui, até hoje ele tá se mantendo, já há bastante tempo, a gente sempre pensa num projeto que a gente gostaria de uma supervisão... não só como desejo da equipe, mas também como campo. Envolve dinheiro, envolve. A gente já contou com alguns profissionais que vieram conversar, mas enfim... De como a equipe se sente trabalhando nesse serviço, se é um vício, praticamente. Período de manutenção, pra eles não brigarem mais entre si. Agora tá num período de mais calma, mas tem épocas de... Tem que ter claro assim, né, pra trabalhar com uma saúde mental desconstituída precisa ter uma saúde mental também, né, a nossa e, além disso, eu acho que as condições de trabalhar favorece. É isso.

### Entrevista 8

O meu trabalho como nutricionista aqui no CAPS é na área de produção de alimentos, faço supervisão da E, da técnica de nutrição. Assim, eu faço os pedidos de compra junto à secretaria, faço os cadastros todos, mensalmente, então todos os meses eu tenho que fazer os cadastros e os pedidos de compra e eu tô trabalhando agora, diretamente com eles, fazendo aquelas oficinas de saúde, eu e a E, que é minha técnica, a gente tá então fazendo essa oficina de saúde. A gente fez aqui, outra vez eu passei um vídeo sobre a pirâmide dos alimentos e eles fizeram recortes, eu trouxe aqueles encartes de supermercado, aquelas ofertas e eles fizeram aquela pirâmide. E num segundo momento agora, toda numa quarta sim, na outra não, a gente tá falando sobre cada parte da pirâmide, a gente começou pelas vitaminas agora, começou a falar sobre as vitaminas, nessa quarta passada a gente falou... Foram essas duas oficinas só que eu fiz com eles, porque eu tô pouco tempo aqui com eles, tô pouco tempo aqui, mas deu pra sentir que eles gostam de participar, eles gostam de participar, de dar opiniões do que que eles conhecem e a gente deixa eles falarem bastante, eu deixo eles falarem bastante, entende. E depois a gente vê o que tá certo e o que tá errado que eles tão falando, ou diz assim: “Ah, tá, tu tem razão, é isso, tu entende bastante”. Até a senhora aquela, a R que fala bastante, ela é bem entendida até na área dos alimentos. Então a gente deixa eles falarem, porque eles gostam de dar as opiniões deles. É oficina de saúde que a gente tá fazendo, então na próxima a gente vai falar sobre os minerais, a importância dos minerais. A gente falou também qual é a vitamina que é boa pra eles, esse pessoal que tem transtornos assim, aquela coisa mental, é boa a vitamina que tem complexo B. Então essa R até falou que ela tinha recebido, eles dão vitamina B injetável, que é bom pros nervos, bom pro sistema nervoso e mental. Aí a gente agora na próxima vai falar sobre os minerais, depois os carboidratos, as proteínas, até acabar toda essa parte da pirâmide. Depois eu quero fazer oficinas com eles, culinária, quero ver se eu faço também, que tem a da segunda de tarde que eu participei também, duas ou três oficinas que eu fiz com eles já, com a M. E eu quero fazer de manhã também oficinas junto assim, a gente fazer assim uma salada de frutas e aí relembrar o que cada fruta tem de vitamina, pra que que é bom, isso. Aí a gente tá fazendo daí a gente vai depois retomar de novo que isso aí trata bem, né, primeiro passar o vídeo, depois fazer eles recortarem, a segunda foi do recorte, né, e a formação da pirâmide. Depois fazer eles verem as vitaminas, cada parte da pirâmide e depois fazer oficinas com aquelas vitaminas e aqueles minerais pra reforçar bem essa análise. E eu tô gostando, não trabalhava aqui, trabalhava só na Viva Maria que é casa de mulheres vítimas de violência e que às vezes tem também transtornos mentais, porque elas tão em sofrimento, durante aquela fase que elas tão lá, elas às vezes necessitam de medicação. Então eu tô gostando, tô aqui e tô lá no Harmonia,

e na Viva Maria, tô nos três lugares. Meu trabalho eu acho que se baseia nisso aí, também fazer a supervisão da E, da parte dela, controle de estoque, essas coisas, controle de refeições servidas, a gente tá fazendo também e levando pra secretaria. Todo mundo que come, aquele pessoal que, isso aí a secretaria me pede, então todo mês eu tenho que fazer isso. Ah e outra coisa também, eu faço muita coisa, tenho que fazer lá na secretaria que é essas coisas de computador, tem que fazer tabelas, tem que tá toda hora trocando os códigos. Se resume a isso o meu trabalho aqui. Vou continuar fazendo as oficinas que eu gostei de fazer com eles, né, nas quartas feiras. Acho que é isso. E organizar as coisas, a festa junina agora, então tem que organizar, aí a gente tem que tá sempre lidando com fornecedor, essas coisas, né. Porque a gente faz a casa... essas coisas porque não é do meu pedido normal e que é pra dar uma coisa melhor pra eles, uma festa legal, que às vezes tem coisas que eu não posso comprar na secretaria, que eu tenho que fazer um acerto com o fornecedor. Tô tentando conseguir um fogão pra cá, porque os nossos fogões são horríveis, eu não posso fazer oficina de culinária que use forno, não tem um forno que preste, um tá com o vidro caído ali e o outro queima tudo. Só aquele elétrico ali que não é bom pra fazer bolo, essas coisas. Então eu tô tentando, já troquei aqui as lâmpadas, já melhorei, vou tentar conseguir com o fornecedor um quadro negro aqui pra gente construir a oficina também, botar a receita ali e eles copiarem, que é melhor eles visualizarem, pra fazer qualquer oficina a gente faz ali no quadro negro e fica como uma aula, né. Então vou procurar melhorar o troço aqui, né, pra eles terem condições melhores, né, na casa. Eu tô participando dessas reuniões de equipe pra saber o caso de cada um assim, que eu acho que é interessante a gente saber qual é o transtorno que tem. Nas outras unidades eu não participo, né, eu participava lá na Viva Maria, e também a gente fica, lá eu não tô, tô mais aqui que lá, então eu prefiro participar aqui que eu tô, como eu tô lotada aqui, eu prefiro participar num, se não eu tenho que participar de três reuniões de equipe e toma muito tempo, né, na semana, né. Mas eu acho importante saber o caso de cada um. Agora vai ter esse seminário, né, eu vou participar também pra saber a situação, porque a gente na faculdade não aprende essas coisas, só dentro da nossa área mesmo, e às vezes, tu precisa até, porque se não a gente começa a absorver as coisas, problema de cada um e a gente vai ficando meio triste, então a gente não tem aquela barreira que às vezes as psicólogas têm, que elas aprendem, né, a ter, a não se envolver muito. Agora eu, na Viva Maria, às vezes eu me sinto meio mal assim de ver as crianças porque lá tem crianças, né, então aqui a coisa é com adulto, mas com criança a gente se choca mais, com problemas de criança, eu pelo menos. Eu não. Eu acho que é importante, por isso que eu tô participando aqui e vou fazer esse seminário e tudo que puder fazer pra desenvolver esse lado que eu não conheço muito, porque na saúde mental eu não tenho muita experiência, pra poder trabalhar com eles, né. Eu acho que é importante, né, todo mundo, que até poderia também participar aqui com eles, nos casos. É importante porque é uma equipe multidisciplinar aí dá pra todos, já minha técnica não acha muito, mas eu acho, eu adoraria também fazer parte, só que como eu tô lotada aqui agora, eu vou ter que ficar aqui, se não é muita reunião pra gente e lá também eu participo também junto com a técnica lá, mas eu faço mais supervisão da técnica agora, não tô me envolvendo tanto lá como eu tô me envolvendo aqui. Então aqui como eu tô me envolvendo, eu acho que é importante eu participar aqui, né. Por isso que eu escolhi participar aqui. É novo, porque eu nunca, né, na faculdade a gente não tem isso aí. A gente pensa em trabalhar em clínica ou, mas eu acho que é importante também, porque essa parte de saúde mental também é importante pra clínica, pra clínica de nutrição, no caso, porque às vezes a pessoa não consegue fazer uma dieta porque tem algum problema mental ou, como é que chama, fica ansiosa, ansiedade, a pessoa começa a comer mais, às vezes algum transtorno que é bom até a gente reconhecer, saber como é que, como reconhecer esse transtorno pra encaminhar pra outras profissionais, né, pra ser tratado antes de fazer uma dieta, né. Eu acho que eu vou aprender bastante coisa nessa área, assim. E na nutrição, a gente, na faculdade a gente não,



devia até ter mais cadeiras relacionadas a essa parte de psicologia, né, acho que é importante. Às vezes a pessoa até procura uma outra profissional e às vezes ela tá com problema e ela não tem pra quem falar e ela vem falar com aquele profissional. Sei porque o meu marido é dentista e tem gente que senta lá na cadeira dele e ele não pode nem atender porque a pessoa não fica com a boca aberta, só quer conversar e contar da vida. A minha irmã também trabalha com público e ela me diz: “Bom, a gente tem que ser psicóloga, às vezes, tem que saber escutar”. Então eu acho que eu vou aprender bastante nessa parte, nessa área, de psicologia mesmo. Aqui do CAIS? Poxa, agora é que eu tô me inteirando, como é que funciona, nas reuniões é que eu fico sabendo, porque a E também é nova, ela não sabe nada, né. Então é mais nas reuniões que a gente se inteira e que eu tô aprendendo a recém, não sei como é que funciona bem, não posso te dizer assim porque eu não tenho todo conhecimento ainda, não posso te dar uma opinião assim. A família eu acho importante, que é um apoio que o usuário que tem, né, se a família quer contribuir, porque tem famílias que não querem se envolver com o próprio usuário, né. Eu até, acho que é nas segundas que tem essa Assembléia com a família que eu não participei ainda, vou ver seu participo, ao menos pra ver como é que funciona. Também eu acho que é importante no meu, assim, ver, agora não sei como é que funciona, se todas as famílias se envolvem ou se não, se todas as famílias participam. Eu acho que tem que ver isso aí. Eu vejo, como eu vejo as crianças lá no Viva Maria, que às vezes tão em sofrimento também e acabam se desenvolvendo um trabalho que a gente vê os casos. Como eu trabalhei mais lá do que aqui eu posso te dizer mais dos casos de lá. E eu acho que isso aí tem a ver com a infância mesmo. O adulto que vai ter esse problema mental, acho que já sofreu na infância. A gente vê pelas crianças de lá que no futuro sempre têm algum problema, violentos também, porque a mãe sofreu violência, ou por problemas de estupro, as crianças também e desenvolvem uma série de coisas, de problemas mentais. Então acho que isso aí tudo, é a minha opinião, também não tenho conhecimento pra isso, pra dizer isso tudo aí. Na minha opinião, o que eu acho é que muito vem da família da criança, se é abandonada, rejeitada pela mãe. Tem muita mãe... Parece que a criança dá mais importância, o pai é importante, a figura do pai, tanto o pai como a mãe, mas eu acho que a mãe é mais pra criança que no futuro pode desencadear transtorno mental. Não sei se eu tô certa ou errada, é a minha opinião que eu dos 6 anos que eu fiquei ali vendo os casos das crianças e depois, no futuro, poderia muitos o que aconteceu com as crianças no futuro, tinham esse acompanhamento depois fora da casa, né. As crianças repercutiam a mesma coisa que o pai fazia na mãe, eram violentas, gritavam, e isso aí pode ou não vir a se tornar um adulto com problemas mentais. A gente vê que tem muita diferença. Eu acho que é importante a parte da nutrição como eu te falei, que é até bom eles saberem, eles se alimentarem. Como esse pessoal que tem problemas mentais eles tomam muito produto químico, esses calmantes, essas coisas, a nutrição eu acho que é importante eles saberem se alimentar de forma assim a comer bastante verduras, frutas, comer bastante vitaminas, fibras, pra ter uma desintoxicação, né. E isso aí é importante, que tem gente que não come muitas verduras, frutas. Então a gente tem que tá sempre, nessa oficina é isso que eu vou procurar fazer com eles, ensinar como é importante ter uma boa alimentação, né, pra também, eles futuramente até se desintoxicar daqueles produtos químicos que eles tomam. Mas também não posso chegar e dizer pra eles, sabe, eu trato eles como as pessoas normais, não posso dizer que eles são pessoas doentes, né, não dá pra falar, né, então eu trato eles como pessoas normais e que é importante eles comerem fibras e, como a gente diz pra qualquer pessoa, né. “Tu é uma pessoa normal e é importante a fibra, a vitamina, o mineral na dieta”. Ter uma dieta, uma alimentação normal, bem balanceada, que é importante. Não, eu acho que era isso. Como eu tô há pouco tempo aqui, comecei em março, né, então mais adiante eu vou ter mais dados pra poder, no futuro. O que eu tinha eu acho que era isso.

## **Anexo B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa**

## **Anexo C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Nome da Pesquisa:** Reforma Psiquiátrica: concepções de uma equipe de saúde mental sobre seu trabalho

**Coordenador da Pesquisa:** Professor Doutor Jacó Fernando Schneider – EE/UFRGS

Você é convidado a participar deste estudo realizado com os profissionais que compõe a equipe de saúde mental do Centro de Atenção Psicossocial - CAIS Mental - Centro, da cidade de Porto Alegre que tem como objetivo compreender as concepções da equipe sobre seu trabalho no contexto da reforma psiquiátrica. Para tanto, utilizaremos entrevista para coleta das informações e a análise fenomenológica como meio de cumprir com esse propósito. Este estudo poderá fornecer subsídios aos pesquisadores que investigam sobre sofrimento psíquico e para as equipes de saúde que atuam em saúde mental, para a construção de possíveis ações em saúde mental. A coleta de dados para esta pesquisa será realizada por meio de entrevista com uma questão norteadora, com duração aproximada de 1 hora, gravada após a pessoa a ser investigada estar ciente da questão e deste documento, estando livre de qualquer constrangimento e coerção quanto aos procedimentos da pesquisa.

**Tendo o participante da pesquisa recebido as informações anteriores e, esclarecida dos seus direitos relacionados a seguir, declara estar ciente do exposto e desejar participar da pesquisa.**

1. A garantia de receber respostas a qualquer pergunta ou esclarecimentos a dúvidas sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa;
2. A liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer ônus para a sua pessoa;
3. A segurança de não ser identificada e que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas com a privacidade;

**Em seguida assino o consentimento.**

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Jacó Fernando Schneider  
Pesquisador (Fone: 3228-3054)

Obs. O participante assinará o Termo de Consentimento, ficando uma cópia com o participante e outra com o pesquisador.