

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

GIOVANA GARCIA MORATO

**REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: identificando  
concepções teóricas e práticas no contexto da assistência em saúde mental**

SÃO CARLOS - SP  
2019

GIOVANA GARCIA MORATO

**REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: identificando  
concepções teóricas e práticas no contexto da assistência em saúde mental**

Tese apresentada ao Programa de Pós - Graduação em Terapia Ocupacional, da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Terapia Ocupacional.

Área de concentração: Processos de Intervenção em Terapia Ocupacional.

Orientadora: Profa. Dra. Isabela Aparecida de Oliveira Lussi.

SÃO CARLOS - SP  
2019

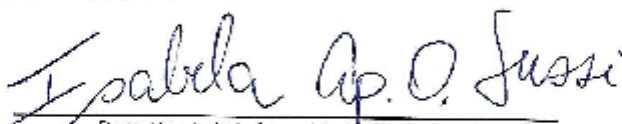


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

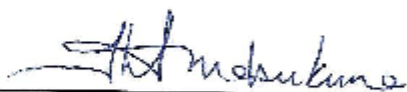
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional

Folha de Aprovação

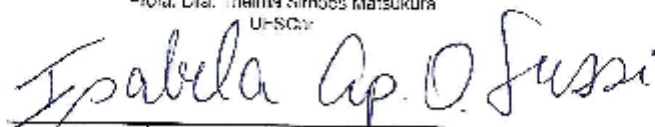
Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Tese de Doutorado da candidata Giovana Garcia Morato, realizada em 29/08/2019:



Profa. Dra. Isabela Aparecida de Oliveira Lussi  
UFSCAR



Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura  
UFSCAR

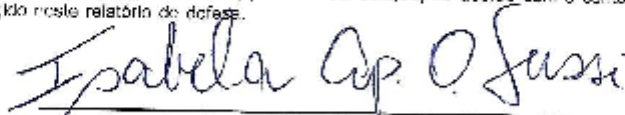


Prof. Dr. Erotides Maria Leal  
UFRRJ

Prof. Dr. Sívio Yasui  
UNIFESP

Prof. Dra. Juliana Leao  
UFES

Certifico que a defesa realizou-se com a participação à distância do(s) membro(s) Erotides Maria Leal e, depois das arguições e deliberações realizadas, o(s) participante(s) à distância está(ão) de acordo com o conteúdo do parecer da banca examinadora redigido neste relatório de defesa.



Profa. Dra. Isabela Aparecida de Oliveira Lussi

## AGRADECIMENTOS

Em tempos de polarizações e desafetos como nos atuais, acredito que sentir gratidão e saber agradecer é algo que nos cuida, nos mobiliza bons afetos e nos humaniza. Por isso, faço aqui os meus sinceros agradecimentos!

Agradeço a Deus pela vida e por ser meu guia.

À minha orientadora Profa. Dra. Isabela Lussi, que há 10 anos vem me incentivando e fazendo parceria comigo nos diversos projetos e momentos da minha formação acadêmica.

Aos membros da minha Banca de Qualificação – que também generosamente aceitaram compor a minha Banca de Defesa - Profa. Dra. Adriana Leão, Profa. Dra. Erotildes Maria Leal, Prof. Dr. Silvio Yasui e Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura, pelos valiosos apontamentos e contribuições, que feitos de maneira cuidadosa me nutriram para seguir na tarefa de produzir esta tese.

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional pelas trocas, incentivos e momentos de estudos coletivos.

Às queridas e imprescindíveis amigas Marina Jorge, Roberta Justel e Tatiane Bombarda pela sempre escuta, auxílio imediato e trocas amorosas sobre as dores e delícias de “doutorar”. Com certeza a caminhada ficou mais leve com vocês. Muito obrigada.

Às queridas Lisabelle (Belle), Sofia (Sofis) e Ma Leandrini, companheiras do doutorado, pela parceria nos dias “atípicos” de trabalho aos finais de semana ou feriados no DTO. Agradeço também pelas muitas risadas que Sofis nos provocou e pelas trocas afetivas.

À Amanda Dourado, minha querida Amandinha, amiga-irmã que vem caminhando comigo desde a Graduação. Juntas temos crescido, nos apoiado e nos fortalecido. Estarmos na mesma turma de Doutorado só me fez ter certeza de que as nossas diferenças é que nos fortalece como amigas e nos faz potentes como parceiras de trabalho.

Às amadas Gabi Rehder e Mari Oliveira que a Kona me deu. Gabi, obrigada por me apoiar tanto e entender minhas ausências e limites por conta do doutorado. Você é uma amiga e profissional incrível. À Mari, por todas as histórias que já vivemos ao longo desses muitos km que corremos juntas e pelo tanto que aprendi e aprendo diariamente com você. Obrigada por tanta disponibilidade para estar comigo nessa caminhada do doutorado, por ser tão parceira e amorosa.

Ao Fabiano Nunes, músico maravilhoso e também um verdadeiro amigo de grande coração. Agradeço pelos encontros musicais semanais que junto a Gigi, Ana, Pablo, Pedro e Guilherme tornaram a vivência do doutorado mais leve e “melódica”.

Aos companheiros do grupo de corrida Kona, sempre muito acolhedores, afetuosos e que sustentaram a minha permanência e persistência por fazer atividade física com regularidade e me cuidar, apesar da “desculpa da tese”.

Aos profissionais participantes desta pesquisa pela disponibilidade em contribuir com este trabalho. Sou muito grata por dividirem generosamente comigo suas histórias, vivências e marcas deixadas pelo percurso na construção diária do cuidado.

Às queridas Giulia Bassa, Paula Faria e ao querido Bruno Emerich, por tamanha disponibilidade e parceria ao não medirem esforços para me auxiliar no desenvolvimento de etapas fundamentais dessa pesquisa.

Aos meus pais pelo aprendizado mútuo sobre respeito, compreensão e tolerância. Meu doutoramento nos provou o quanto temos sido capazes disso em nossa relação. Agradeço ainda pelo incentivo e sempre apoio às minhas escolhas.

À minha amada irmã Amanda pelo colo e conselhos mesmo à distância. Por me entender tanto e me apoiar cuidadosamente no processo do doutorado. Agradeço a ela e ao meu cunhado Marcelo por sempre contribuírem com revisões de traduções.

Ao apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

## RESUMO

A proposta de Reabilitação Psicossocial apresentada por Benedetto Saraceno tem influenciado as transformações no âmbito da saúde mental brasileira, tendo as discussões acerca desta concepção se iniciado no final da década de 1980. No país, a concepção de reabilitação tem se modificado sob a influência do movimento de Reforma Psiquiátrica e da criação de serviços substitutivos ao hospitalar. Dentre as formulações teórico-práticas produzidas, destacam-se os estudos de Costa-Rosa e colaboradores sobre a Atenção Psicossocial. A Atenção Psicossocial está inscrita no campo da saúde mental, constituindo e buscando responder às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando-se como política pública do Ministério da Saúde no Brasil. O presente estudo teve como objetivo geral compreender e analisar as concepções teórico-práticas acerca da Atenção Psicossocial e da Reabilitação Psicossocial que vêm contribuindo para a conformação atual do campo de atenção em saúde mental no Brasil. Trata-se de uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa constituída por um estudo teórico - reflexivo aprofundado e um estudo de campo. Participaram da presente pesquisa, no total, 19 profissionais de nível superior que trabalham nos CAPS III (6 no total) que compõem a rede de saúde mental de um município do estado de São Paulo. Para a coleta de dados utilizou-se Formulários para a caracterização dos participantes e dos CAPS III e dois Roteiros para a condução dos Grupos Focais, sendo um Grupo Focal constituído somente por Terapeutas Ocupacionais e outro constituído por distintos profissionais de nível superior. Os dados oriundos dos Formulários foram analisados de maneira descritiva e os dos Grupos Focais foram submetidos à Técnica de Análise Temática. O tempo de existência dos CAPS III variou entre 14 e 22 anos, a área territorial por eles abrangida variou entre 145 mil e 490 mil habitantes e o número de profissionais que compõem as equipes variou entre 58 e 72 profissionais. Os resultados oriundos dos Grupos Focais realizados somente com Terapeutas Ocupacionais revelaram que, embora diferenciem Reabilitação Psicossocial de Atenção Psicossocial, afirmam serem perspectivas que na prática se complementam. Os terapeutas ocupacionais consideram haver contribuições específicas da Reabilitação Psicossocial para a Terapia Ocupacional, auxiliando no trabalho desenvolvido no CAPS, entretanto, essa associação com a Atenção Psicossocial não se deu de maneira tão clara e direta. Quanto aos resultados oriundos dos Grupos Focais com os demais profissionais de nível superior, verificou-se que estes assumem tais perspectivas como distintas, apesar da dificuldade em sustentar tal diferenciação. Atenção Psicossocial vem, por vezes, concebida como sinônimo de atenção à crise e, apesar da maior familiaridade com a noção de Reabilitação Psicossocial, os discursos revelaram dificuldade em abordá-la. O estudo revelou, em ambos os grupos, que a crise dos usuários, a crise financeira e de recursos outros representam desafios importantes para a prática do cuidado fundamentada nas noções de Reabilitação Psicossocial e Atenção Psicossocial. Ressalta-se que, para além de compreender e analisar as noções de Reabilitação Psicossocial e Atenção Psicossocial a partir das reflexões produzidas pelos participantes, o presente estudo permitiu acessar de que forma os profissionais que atuam diretamente no cuidado aos usuários têm operacionalizado o atual “modelo” de saúde mental, bem como a maneira como as transformações no campo da saúde mental têm sido metabolizadas por estes sujeitos e utilizadas como parâmetros para a construção de estratégias de intervenção.

**Palavras-chave:** Atenção Psicossocial. Reabilitação Psicossocial. Saúde Mental. Terapia Ocupacional.

## ABSTRACT

The Psychosocial Rehabilitation proposal presented by Benedetto Saraceno has influenced transformations in the field of mental health in Brazil, and discussions about this conception started in the late 1980s. In the country, the concept of rehabilitation has changed under the influence of the Psychiatric Reform movement, and the creation of substitute services to the hospital care services. Among the theoretical-practical formulations produced, we highlight the studies by Costa-Rosa and collaborators on Psychosocial Care. Psychosocial Care is registered in the field of mental health, constituting and seeking to respond to the guidelines of the Unified Health System (SUS), standing out as a public policy of the Ministry of Health in Brazil. The present study aimed at understanding and analyzing the theoretical and practical conceptions about Psychosocial Care and Psychosocial Rehabilitation that have been contributing to the current formation of the field of mental health care in Brazil. This is an exploratory research with a qualitative approach consisting of a deep theoretical - reflexive study and a field study. A total of 19 higher education professionals working in CAPS III (6 in total) that make up the mental health network of a municipality in the state of São Paulo participated in this research. For data collection we used Forms to characterize participants and CAPS III and two Roadmaps for conducting the Focus Groups, one Focus Group consisting only of Occupational Therapists and another consisting of distinguished professionals of higher level. Data from the forms were analyzed descriptively and those from the focus groups were submitted to the Thematic Analysis Technique. The time of existence of CAPS III ranged from 14 to 22 years, the territorial area covered by them ranged from 145,000 to 490,000 total population and the number of professionals in the teams ranged from 58 to 72 professionals. The results from the Focus Groups performed only with Occupational Therapists reveal that, although they differentiate Psychosocial Rehabilitation from Psychosocial Care, they claim that both are perspectives that complement each other in practice. Occupational therapists consider that there are specific contributions from Psychosocial Rehabilitation to Occupational Therapy, helping in the work developed at CAPS, however, this association with Psychosocial Care was not so clear and direct. Regarding the results from the Focus Groups with the other higher education professionals, it is verified that they assume such perspectives as distinct, despite the difficulty to sustain such differentiation. Psychosocial Care is sometimes conceived as a synonym for crisis care and, despite the greater familiarity with the notion of Psychosocial Rehabilitation, the speeches revealed difficulty in addressing it. The study revealed, in both groups, that the users' crisis, the financial and other crisis of resources represent important challenges for the practice of care based on the notions of Psychosocial Rehabilitation and Psychosocial Care. It is noteworthy that, besides understanding and analyzing the notions of Psychosocial Rehabilitation and Psychosocial Care from the reflections produced by the participants, the present study allowed us to assess how professionals who work directly in the care of users have operationalized the current "model" of mental health, as well as the way the transformations in the mental health field have been metabolized by these subjects and used as parameters for the construction of intervention strategies.

**Keywords:** Psychosocial Care. Psychosocial Rehabilitation. Mental health. Occupational Therapy.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|   |     |
|---|-----|
| <b>Quadro 1</b> – Número final de participantes da pesquisa.....  | 84  |
| <b>Quadro 2</b> – Informações gerais sobre os CAPS III.....   | 94  |
| <b>Quadro 3</b> – Composição da equipe de trabalho nos CAPS III.....  | 95  |
| <b>Quadro 4</b> – Projetos, Programas e Atividades ofertadas pelo serviço.....  | 98  |
| <b>Quadro 5</b> – Caracterização dos terapeutas ocupacionais.....   | 101 |
| <b>Quadro 6</b> – Áreas de atuação anteriores ao atual trabalho no CAPS III (TO) .....  | 103 |
| <b>Quadro 7</b> – Serviços de saúde mental nos quais os TO's já atuaram e ações realizadas.....   | 104 |
| <b>Quadro 8</b> – Grupos de estudo sobre temas na área de saúde mental frequentados pelos TO's e temas abordados nestes espaços de discussão..... | 106 |
| <b>Quadro 9</b> – Caracterização dos Profissionais de Nível Superior.....   | 107 |
| <b>Quadro 10</b> – Áreas de atuação anteriores ao atual trabalho no CAPS III (Profissionais).....   | 109 |
| <b>Quadro 11</b> – Serviços de saúde mental nos quais os profissionais já atuaram e ações realizadas.....   | 110 |
| <b>Figura 1</b> - Principais características do modelo psiquiátrico e da Atenção Psicossocial.....  | 46  |



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CAPS III – Centro de Atenção Psicossocial III

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

CeCo – Centro de Convivência

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RT – Residência Terapêutica

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

TLCE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TO's – Terapeutas ocupacionais

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFSCar – Universidade Federal de São Carlos

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO ITALIANA: APORTE TEÓRICO-CONCEITUAL COMO PONTO DE PARTIDA PARA REFLETIR E COMPREENDER SOBRE AS NOÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ....</b>   | <b>16</b> |
| <b>2 A ORIGEM DAS NOÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL: “DE ONDE VIEMOS” E “POR ONDE FOMOS SEGUINDO” .....</b>  | <b>21</b> |
| 2.1 SOBRE A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL .....  | 22        |
| <b>2.1.1 A Reabilitação Psicossocial nos estudos nacionais .....</b>   | <b>28</b> |
| 2.2 SOBRE A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....  | 35        |
| 2.3 ALGUNS APONTAMENTOS PARA PODER SEGUIR .....  | 46        |
| <b>3 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: RESGATANDO FUNDAMENTOS E CONCEITOS ESTRUTURANTES .....</b>  | <b>48</b> |
| <b>4 TRANSFORMAÇÕES NO CAMPO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL E A NECESSÁRIA CONSTRUÇÃO DE NOVAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS .....</b>  | <b>61</b> |
| 4.1 INFLUÊNCIAS DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA TRANSFORMAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL DA TERAPIA OCUPACIONAL NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL: UM PROCESSO EM CONSTRUÇÃO ..... | 64        |
| <b>5 OBJETIVOS .....</b>   | <b>71</b> |
| 5.1 OBJETIVO GERAL .....   | 71        |
| 5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS: .....   | 71        |
| <b>6 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA .....</b>   | <b>72</b> |
| 6.1 PARTICIPANTES DA PESQUISA .....  | 73        |
| <b>6.1.1 Participantes da Etapa 1 .....</b>  | <b>74</b> |
| <b>6.1.2 Participantes da Etapa 2.....</b>   | <b>75</b> |
| 6.2 CAMPO DA PESQUISA .....  | 76        |
| 6.3 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS .....  | 77        |
| 6.4 PROCEDIMENTOS .....  | 79        |
| <b>6.4.1 Construção dos Roteiros de Grupo Focal .....</b>  | <b>79</b> |
| <b>6.4.2 Aspectos éticos .....</b>   | <b>81</b> |
| <b>6.4.3 Contato com a Secretaria Municipal de Saúde e Serviços CAPS III do município.....</b>   | <b>81</b> |
| <b>6.4.4 Contato com terapeutas ocupacionais e demais profissionais de nível superior dos CAPS III.....</b>  | <b>82</b> |

|  |            |
|--|------------|
| 6.4.5 Coleta de dados.....   | 85         |
| 6.4.6 Análise dos Dados.....   | 90         |
| <b>7 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>  | <b>92</b>  |
| 7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CAPS III.....   | 93         |
| 7.2 CARACTERIZAÇÃO DOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS.....  | 101        |
| 7.3 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR.....  | 107        |
| 7.4 DEFININDO CONCEITOS E EXPLORANDO SUAS DIMENSÕES:<br>REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL .....   | 115        |
| <b>7.4.1 Arranjos específicos da Reabilitação Psicossocial e desdobramentos para a<br/>prática do cuidado.....</b>   | <b>122</b> |
| 7.5 IMPLICAÇÕES DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E DA ATENÇÃO<br>PSICOSSOCIAL PARA A TERAPIA OCUPACIONAL: BUSCANDO RAÍZES,<br>TECENDO CONEXÕES .....                   | 132        |
| 7.6 O QUE PRODUZEM OS CAPS: TESSITURA DO CUIDADO NO “ENTRE JOGO”<br>REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL .....   | 171        |
| 7.7 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: RESGATANDO<br>ORIGENS, DEFININDO CONCEITOS .....   | 176        |
| 7.8 DO CONCEITO À PRÁTICA: ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E REABILITAÇÃO<br>PSICOSSOCIAL NO COTIDIANO DO CUIDADO .....   | 205        |
| 7.9 DIFICULDADES E DESAFIOS ENFRENTADOS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO:<br>REFLEXÕES A PARTIR DAS PERSPECTIVAS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E<br>REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL..... | 218        |
| <b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>   | <b>240</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>  | <b>243</b> |
| <b>APÊNDICES.....</b>  | <b>256</b> |
| <b>ANEXO.....</b>  | <b>284</b> |

## APRESENTAÇÃO

A escrita dessa tese me soa hoje como a “conclusão” provisória de um ciclo constituído por perguntas, algumas respostas, muitas descobertas, realização de tessituras e amarrações entre teoria e prática feitas ao longo da minha busca por compreender a tradução do campo da saúde mental no contexto de vida real. Ela representa um importante fragmento daquilo que vem sendo, desde “cedo”, meu intento pela construção de sentido sobre este campo, uma vez que a saúde mental sempre me despertou interesse, inclusive desde muito tempo a concebia como um campo de atuação, independente do curso de nível superior em que eu ingressasse.

Resgato na memória que, ao longo da minha vida até aqui, o contato com o que hoje compreendo como sofrimento psíquico sempre me mobilizou bastante, me deixou intrigada sobre as causas de tamanho sofrimento e repercussão na vida das pessoas - pessoas de convívio pessoal em franco sofrimento; amigos, desde muito cedo, com o cotidiano bastante comprometido em função de “dores de viver” e a perda de alguns destes em função de tais dores. Soma-se a isso tudo a minha inquietação em relação aos diagnósticos, aos rótulos e às falas de pessoas próximas carregadas de preconceito e estigma. Eu queria saber mais, precisava compreender melhor e certamente foi o ingresso no Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da UFSCar que deu materialidade ao que, em princípio, era apenas uma grande pretensão.

Devo admitir que em minha caminhada ao longo dos quatro anos de formação em TO encontrei bons amigos, bons professores, bons sujeitos, pessoas de verdade, com histórias de verdade – dentre as quais, algumas permeadas pelo sofrimento psíquico em suas distintas concepções, dimensões e compreensões - que de uma maneira ou de outra, e dentro de seu repertório pessoal de viver, novamente me fizeram refletir sobre o campo da saúde mental, mas especialmente, nesse momento, sobre a delicada arte de cuidar.

O registro afetivo que tenho do meu percurso acadêmico e do encantamento com a saúde mental me faz localizar nesse contexto as reflexões e revisões do conceito de saúde mental que fui construindo em processo, certamente mais humanas, reais e consistentes do que a idealizada que eu possuía em princípio.

Assim, ao longo da minha graduação, meu primeiro contato com alguma dimensão do campo da saúde mental ocorreu por meio da minha participação em uma atividade de extensão intitulada “Inclusão social de usuários de saúde mental por meio do trabalho: uma

experiência na perspectiva da economia solidária”. Foi nesse momento que muitos dos meus conceitos estereotipados sobre a assistência em saúde mental se transformaram, assim como foi por meio dessa experiência que pude compreender sobre as distintas perspectivas do cuidar e que cuidar está para além de uma lógica terapêutica ou exclusivamente terapêutica. Essa compreensão se ampliou e se adensou quando, no ano seguinte, desenvolvi a pesquisa de Iniciação Científica intitulada “Identificação do significado do trabalho para usuários de serviços de saúde mental inseridos em projetos de geração de renda vinculados ou não ao movimento da economia solidária”.

A experiência de me aproximar da pesquisa certamente contribuiu para o meu amadurecimento teórico, mas também me deu novamente a oportunidade de, por meio do trabalho de campo, estar com pessoas que faziam uso de serviços de saúde mental. Foi nesse momento que mais uma vez se ampliou minha compreensão sobre o potencial deste campo para a promoção de vida real, da oportunidade do exercício de cidadania, do estabelecimento de trocas e relações interpessoais, reconfigurando e ampliando minha compreensão sobre o cuidar e como isso deveria se processar no território dos sujeitos, por meio do estabelecimento de redes e ações compartilhadas.

Dessa trajetória, e instigada pela complexidade e riqueza do campo, descendeu minha pesquisa de mestrado intitulada “A atuação dos terapeutas ocupacionais em iniciativas de geração de trabalho e renda no âmbito da saúde mental: estudo sobre a realidade do estado de São Paulo”, ocasião em que me sentia um pouco mais apropriada das concepções e teorias e com isso desejando compreender sobre a prática dos terapeutas ocupacionais nesse contexto.

Embora até o mestrado eu tenha me dedicado à compreensão da função e importância das iniciativas de geração de trabalho e renda no campo da saúde mental como estratégia para a promoção da inclusão social dos sujeitos e efetivação dos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica, essa trajetória sempre esteve alicerçada em pontos que transversalizam o campo da saúde mental como um todo, ou seja, as políticas, as ideologias, as teorias, os conceitos e as práticas.

É, pois, neste cenário que, desde o princípio, eu me deparava com as noções de Reabilitação Psicossocial e Atenção Psicossocial e que fui ficando cada vez mais instigada com o fato de não haver, ao menos para mim, clareza acerca de “ambas” e das supostas diferenças existentes entre elas. Mas, mais do que isso, eu buscava compreender em que medida essas perspectivas dimensionavam e orientavam, de maneira explícita, o cenário teórico-prático do campo, especialmente na atualidade.

Questionei-me diversas vezes sobre a importância e pertinência dessa incursão e mesmo se minhas inquietações não encontrariam respostas por meio de um investimento maior em leituras mais aprofundadas e dedicadas. Diante desse dilema e obstinada pela busca de tais respostas foi que identifiquei que meus questionamentos transcendiam aspectos meramente teóricos, conceituais, de simples semelhanças e diferenças. Ou seja, em processo compreendi que somente uma pesquisa de doutorado seria capaz de me garantir rigor nessa busca, mas também o tempo necessário para que eu pudesse adensa-la e amadurecer, alcançando a compreensão sobre de que maneira o campo da prática se apresenta atualmente, se este encontra correspondência nas noções de Reabilitação Psicossocial “e/ou” Atenção Psicossocial, se os profissionais têm conseguido projetar ações de cuidado que concretizam os conceitos estruturantes de tais noções, quais as implicações atualmente para o funcionamento dos serviços e a qualidade dos resultados alcançados.

Em processo pude compreender também que, para além do esclarecimento acerca da questão conceitual, havia ali um compromisso ético e uma implicação direta com todo o percurso histórico de transformação da assistência no campo da saúde mental. Ou seja, a história do movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira e as conseqüentes transformações ocorridas no campo da assistência no país devem ser perenes para sustentar tal processo de transformação e avanços/atualizações periódicas. Assim, considera-se que é nesse contexto que se localizam as concepções e práticas de Reabilitação e Atenção Psicossocial construídas e praticadas pelos profissionais da assistência, além daquelas teorizadas por autores da área, como os adotados nesse estudo.

Importa ressaltar que este embrionário tema de pesquisa foi também fortemente nutrido pelas demandas e exigências que o meu lugar de docente do Departamento de Terapia Ocupacional da UFSCar (DTO/UFSCar) e supervisora do estágio profissional de terapia ocupacional em saúde mental me traziam. As demandas diárias provenientes do exercício desta função me faziam refletir sobre a importância de auxiliar o aluno a aprender, num exercício de articulação teórico-prático, sobre a configuração atual do campo da saúde mental deixando explícita a contribuição de parâmetros teóricos e conceituais que se traduzem na organização atual do campo a partir das noções de Reabilitação e Atenção Psicossocial.

Com todas estas questões compreendi que havia um caminho a ser percorrido em busca destas respostas, mas mais do que isso, que atualizar tais questionamentos também poderia trazer contribuições para o campo da saúde mental que se revela intencionalmente inacabado - pela necessidade de que se recicle e se renove periodicamente – o que nos

convoca a, periodicamente, problematiza-lo em sua essência política, teórica, ideológica e prática com vistas a avançar e responder às necessidades e demandas dos sujeitos em determinado momento.

É, portanto, desse percurso que descende a presente tese de doutorado!

Assim, o presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de possibilitar a compreensão e análise das concepções teórico-práticas acerca da Atenção Psicossocial e da Reabilitação Psicossocial que vêm contribuindo para a conformação atual do campo de atenção em saúde mental no Brasil.

Inicialmente, a fundamentação teórica, bem como o tema de pesquisa são apresentados a partir da organização deste conteúdo em quatro capítulos teóricos.

Feita a apresentação teórica, que fundamenta e justifica a proposição deste estudo, em seguida são expostos os objetivos. Após, o percurso metodológico é apresentado detalhadamente, evidenciando o tipo de estudo e sua abordagem. Apresentam-se também os participantes, o campo do estudo e todos os procedimentos para a coleta de dados, bem como para a análise do material. Após a metodologia, os resultados e discussão são apresentados e, em seguida, são feitas as considerações finais.

## CAPÍTULO 1

### **1 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO ITALIANA: APORTE TEÓRICO-CONCEITUAL COMO PONTO DE PARTIDA PARA REFLETIR E COMPREENDER SOBRE AS NOÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Antes de iniciar propriamente este capítulo, importa primeiramente demarcar que a desinstitucionalização, enquanto referencial que embasou o processo de transformação assistencial brasileiro, representa o principal fundamento teórico-conceitual (dentre todos os demais) que sustenta as noções de Reabilitação Psicossocial e Atenção Psicossocial adotadas no presente estudo, justificando a escolha de iniciarmos a tese por este capítulo.

Nesse sentido, importa ressaltar ainda que são as concepções de sujeito da experiência de sofrimento (em lugar do objeto doença), de produção de saúde e produção social do sujeito (em lugar da busca pela cura) e do intento pela mudança nas relações de poder – todos eles elementos constituintes da desinstitucionalização - os “pontos de partida” para o desenvolvimento das noções supracitadas.

Por fim, espera-se que toda a composição textual da tese, além de evidenciar a centralidade da concepção e prática da desinstitucionalização para a compreensão das noções de Reabilitação Psicossocial e Atenção Psicossocial, possibilite ao leitor, principalmente, apreender a história da constituição destas noções, seus desdobramentos na prática e o lugar que ocupam na conformação atual do campo teórico e prático da saúde mental no Brasil.

A trajetória de transformação na assistência psiquiátrica italiana se apresentou oposta à de outros países justamente pela escolha teórica e prática diversa que fez ao longo de seu desenvolvimento. Ainda, seu processo relativamente tardio permitiu análises e reflexões sobre o que havia dado certo e o que não nas experiências europeias e norte-americanas. Além disso, estabeleceu parcerias com outros segmentos sociais e sindicais e realizou denúncias contundentes e incisivas sobre os hospitais psiquiátricos vislumbrando sua desmontagem, “O que significou, também, a desconstrução de uma materialidade, de um saber e das interferências de saberes que se consolidam dentro do saber psiquiátrico” (BARROS, 1994, p. 174). Assim, na Itália, a escolha pelo termo desinstitucionalização assume o significado que fora construído por Basaglia (e resgatado por Rotelli), em que, ultrapassando uma concepção de mera desospitalização, vai empreender esforços para que sua operacionalização rompa os paradigmas que fundamentam e sustentam a psiquiatria clássica (AMARANTE, 1994).



Retomando Rotelli, De Leonardis e Mauri (1990), isso pressupõe iniciar desinstitucionalizando o próprio paradigma que, em tese, deveria (dentro da lógica de organização social e da cientificidade das práticas clínicas) fazer a manutenção e a sustentabilidade da psiquiatria, ou seja, o paradigma racionalista problema – solução.

Os autores ilustram, a título de exemplo, como este paradigma racionalista problema-solução é operacionalizado na prática, tomando como exemplo as terapêuticas praticadas no âmbito da medicina. Assim a terapia, concebida como uma estrutura constituída por teoria, regulamentações e prática, é o que geralmente condiciona o diagnóstico ao prognóstico, que faz, portanto, o trajeto da doença à cura. Trata-se de uma espécie de sistema de ação que opera sobre um determinado problema – a doença – em busca de encontrar uma solução racional – a cura. Embora a psiquiatria buscasse engendrar sua prática a partir de pressupostos de cientificidade e com fins terapêuticos, esta parece ser uma primeira área de intervenção que vem invalidar este paradigma racionalista. Isso ocorre, em primeira instância, pois o objeto da psiquiatria, a doença mental, se trata de fenômeno desconhecido e incurável, a despeito do investimento e há tempos buscas por encontrar uma definição e determinação para esta. Assim, a cronicidade permanece como objeto, como problema e como maior evidência da incapacidade da psiquiatria em atingir a meta solução – cura (ROTELLI; DE LEONARDIS; MAURI, 1990).

A invalidação do paradigma racionalista pela psiquiatria também se verifica na forma e “função” assumida pelo manicômio, ou seja, esta instituição passa a ser local de despejo e de ocultamento de aspectos como o sofrimento, a miséria ou os desarranjos sociais que não encontram resposta racional (solução) e, portanto, se mostram não condizentes com os códigos (problema-solução) ofertados por instituições fronteiriças como a assistência, a área médica e a judicial. Resta claro que nesta lógica a psiquiatria assume a função de administrar aquilo que sobra, caracterizando-se ela mesma como uma instituição residual, detendo um poder ao mesmo tempo tanto vicário quanto insubstituível (ROTELLI; DE LEONARDIS; MAURI, 1990).

A partir da análise e crítica acerca do circuito que a instituição psiquiátrica engendra em um sistema de saúde mental, verifica-se que

[...] os psiquiatras inovadores italianos (em Gorizia, nos anos 60, e depois em Trieste, nos anos 70 e atualmente) trabalham com a hipótese de que *o mal obscuro da Psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a “doença”, da “existência global complexa e concreta” dos pacientes e do corpo social*. Sobre esta separação artificial se construiu *um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos* (precisamente a “instituição”), todos referidos à “doença”. É este

conjunto que é preciso desmontar (desinstitucionalizar) para retomar o contato com aquela existência dos pacientes, enquanto “*existência*” doente (ROTELLI; DE LEONARDIS; MAURI, 1990, p. 27, grifos dos autores).

Posto isso, desinstitucionalizar então passa a ser uma espécie de dispositivo cujo potencial está justamente em desconstruir esse complexo aparato posto em prática pela psiquiatria a partir da instituição manicomial. Assim, desinstitucionalizar, na experiência italiana, passa a ser compreendido como

[...] um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema. Concretamente se transformam os modos nos quais as pessoas são tratadas (ou não tratadas) *para transformar o seu sofrimento*, porque a terapia não é mais entendida como a perseguição da solução-cura, mas como um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e medidas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento (ROTELLI; DE LEONARDIS; MAURI, 1990, p. 29, grifos dos autores).

Observa-se, nesse contexto, uma mudança radical na concepção e na prática da desinstitucionalização, especialmente em termos de aporte teórico, ideologia, valores e princípios. Assim, operacionalizar a desinstitucionalização passa a denotar um processo de reconstrução da complexidade do objeto, ou seja, a ênfase deixa de ser a busca pela cura e passa a ser a construção de um projeto que vislumbre a produção de saúde e a reprodução social do sujeito. Ainda, o problema deixa de ser a cura como sinônimo de vida produtiva, convertendo-se em preocupação acerca da possibilidade de produção de vida pelo sujeito, bem como de construção de situações sociais e de sentido (ROTELLI; DE LEONARDIS; MAURI, 1990).

O processo de desconstrução do aparato da psiquiatria, que parte do interior do manicômio como preconizado por esta perspectiva de desinstitucionalização, é composto por aspectos fundamentais que viabilizam, inclusive, uma melhor compreensão sobre o sentido que teve a desinstitucionalização na experiência italiana. Tais aspectos são (ROTELLI; DE LEONARDIS; MAURI, 1990):

a) O processo de desinstitucionalização necessita do envolvimento e participação ativa de todos os atores vinculados ao sistema de funcionamento da instituição;

b) O objetivo primeiro e maior da desinstitucionalização é a mudança radical das relações de poder estabelecidas entre a instituição e os sujeitos, especialmente os

denominados pacientes – essa mudança, em última instância, é o que possibilita que o paciente se torne um cidadão pleno de direitos, mudando também sua relação contratual com os serviços;

c) A desinstitucionalização é um trabalho gradual e gradativo que se faz a partir do que existe dentro da própria instituição para desmontá-la – uma diferença fundamental da desinstitucionalização italiana é que ela se faz integralmente a partir do uso dos recursos e dos problemas internos em processo de desmontagem para construir parte por parte os novos arranjos externos, ou seja, os serviços territoriais substitutivos ao manicômio.

De maneira resumida, há 3 aspectos que caracterizam o processo de desinstitucionalização e que vão ganhando forma, força e potência ao longo do processo de desmontagem do manicômio (ROTELLI; DE LEONARDIS; MAURI, 1990, p. 36, grifos dos autores):

a) *A construção de uma nova política de saúde mental a partir da base e do interior das estruturas institucionais através da mobilização e participação, também conflitiva, de todos os atores interessados;*

b) *A centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global, complexa e concreta dos pacientes, de tal forma que eles, mais ou menos “doentes”, sejam sujeitos ativos e não objetos na relação com a instituição. A palavra de ordem é: do manicômio, lugar zero dos intercâmbios sociais, à multiplicidade extrema das relações sociais;*

c) *A construção de estruturas externas que são totalmente substitutivas da internação no manicômio, exatamente porque nascem do interior de sua decomposição e do uso e transformação dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados.*

Assim, é possível afirmar que

[...] desinstitucionalização é desconstrução quando é capaz de decompor o agir institucional, isto é, quando se compõe um feixe de estratégias que desmonta e desconstrói as soluções para compreender os problemas, usando os mesmos espaços, os mesmos recursos, decompondo os sistemas de ações, de interações e de justificação no qual cada elemento se insere. Desconstruir a instituição psiquiátrica significa mostrar, a partir de seu interior, como se subverte a filosofia que a sustenta e, ainda, as oposições hierárquicas sobre as quais se baseia (BARROS, 1994, p. 192).

Verifica-se que a perspectiva de desinstitucionalização subverteu radicalmente a lógica dominante da disciplina psiquiátrica na experiência italiana, sendo este também o referencial

que subsidiou todo o processo de transformação da assistência em saúde mental brasileira, tendo seus principais conceitos, princípios e valores ressonâncias importantes para os referenciais estruturantes do campo até os dias atuais.

## CAPÍTULO 2

### **2 A ORIGEM DAS NOÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL: “DE ONDE VIEMOS” E “POR ONDE FOMOS SEGUINDO”**

(Re)Conhecer a origem da Reabilitação Psicossocial e da Atenção Psicossocial no Brasil, noções que localizam o tema da presente pesquisa, é uma espécie de convite à incursão e resgate da história de constituição do campo da saúde mental no país.

Ainda que tal resgate e seu percurso já tenham sido vasta e amplamente historiados por diversos autores e abordados em muitos estudos a partir da história do movimento de Reforma Psiquiátrica, fazê-lo segundo um determinado “recorte”, ou melhor, um enfoque conceitual - a partir das perspectivas de Reabilitação e Atenção Psicossocial - possibilita não só o aprofundamento em torno destes aspectos, que delineiam a conformação e orientam (ou deveriam orientar) a prática no campo da saúde mental, mas viabiliza a atualização sobre como este campo está constituído atualmente, como vem sendo compreendido e operacionalizado.

Argumenta-se que tal atualização é o que possibilita a problematização e uma análise crítica sobre o que vem sendo produzido teórica e tecnicamente, sobre aquilo que ainda se revela lacunar e sobre os resultados alcançados até aqui, sem a qual a compreensão e constituição do campo como um todo, assim como as práticas profissionais, correm o risco de se tornarem frágeis e inconsistentes, comprometendo uma proposta de cuidado que há tempos vem sendo construída e fortemente investida para se contrapor ao modelo asilar descendente da disciplina psiquiátrica tradicional.

Nesse sentido, refletir acerca de questões tais como “De onde viemos” e “Por onde fomos seguindo” parece contribuir para fazer emergir os elementos que dão materialidade e revelam o contorno do atual modelo de assistência em saúde mental no Brasil localizando, em alguma medida, a sua “identidade” - a qual evidencia possuir fragmentos e ter sido tecida nos meandros da Reabilitação Psicossocial e Atenção Psicossocial.

Segundo Delgado (2015a), a Reforma Psiquiátrica brasileira e sua operacionalização no território e no âmbito das políticas públicas, compreendida pelo autor como a Atenção Psicossocial, tem enfrentado grandes desafios para a produção de conhecimento. Justifica que a literatura evidencia escassez de produção em temas concernentes à Atenção Psicossocial se

comparado à produção científica vigorosa em áreas como a epidemiologia, biomedicina e saúde pública. Aponta para o necessário enfrentamento deste desafio como forma de garantir qualidade e sustentabilidade do campo da saúde mental.

Nessa direção, considera que

Se, na reforma psiquiátrica do Brasil, a desinstitucionalização é italiana e a atenção comunitária, inglesa, as inovações tecnológicas produzidas aqui, nossas jabuticabas, não são capricho de militantes, mas ousadas indispensáveis para fazer frente ao desafio da garantia de acesso com qualidade. O grau de protocolização desejável para a saúde mental no território é certamente menor que aquele de outras clínicas, embora seja necessário desvelar a fragilidade notável e reconhecida da rede de saúde mental: a baixa densidade dos consensos técnicos praticados. As inovações – como os consultórios de rua, na política de drogas, ou o matriciamento da saúde mental através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ou mesmo a diversificação dos tipos de CAPS – somente serão efetivas e sustentáveis se houver uma cultura enraizada de registro regular das ações desenvolvidas, de avaliação, supervisão, pesquisa. Isto é tudo que não existe na saúde mental do SUS, por responsabilidade de todos nós – academia, gestores, trabalhadores (DELGADO, 2015b, p. 14).

Para Pedro Gabriel Godinho Delgado, é importante resgatarmos os conceitos e teorias que orientam o campo da saúde mental brasileira em um primeiro momento para, num seguinte, ser possível dialogar com novas perspectivas como o Recovery, por exemplo. Ou seja, considera que é necessário qualificar conceitualmente o que temos feito para depois produzir diálogos efetivos e produtivos com outras perspectivas teórico-práticas (informação verbal)<sup>1</sup>.

Assim, o presente Capítulo, em composição com suas subseções, visa resgatar a origem das noções de Reabilitação Psicossocial e Atenção Psicossocial no Brasil com vistas a apresentar seus percursos históricos no país, suas influências e contribuições para a constituição do campo e do atual modelo de assistência em saúde mental.

## 2.1 SOBRE A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

A noção de Reabilitação Psicossocial elaborada por Benedetto Saraceno, adotada no presente estudo, representa a construção e concretização de um projeto de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, de fato, inovador no que se refere aos seus conceitos de base, às suas teorias subjacentes e às orientações que oferece para uma prática assistencial humanizada, que

---

<sup>1</sup> Fala proferida em mesa redonda intitulada “Reabilitação e Recovery: desafios na Atenção Psicossocial” no 5º Congresso Brasileiro de Saúde Mental, evento realizado na cidade de São Paulo/SP de 26 a 28 de maio de 2016.

viabiliza processos de inclusão social, de (re)conquista de contratualidade e de exercício real de cidadania.

A despeito disso, e na contramão do que aqui se apresenta, o início da história de constituição e transformação do campo da saúde mental revela outra realidade acerca da noção e uso da perspectiva de reabilitação. Segundo Saraceno (2001a), uma “ideia inicial” de reabilitação passou a ser incorporada ao discurso da comunidade psiquiátrica internacional já na década de 1980, sendo reconhecida, inclusive, como uma subdisciplina desta. É nesse contexto que são criadas teorias sobre reabilitação, publicados livros, revistas especializadas e organizados eventos com vistas a fomentar as possibilidades em torno da reabilitação de pacientes psiquiátricos.

Ressalta-se, no entanto, que tal interesse e entusiasmo pela então reabilitação, bem como o investimento na produção de modelos e teorias, em verdade, denunciavam a ineficiência da psiquiatria em responder às reais demandas dos sujeitos sob seus cuidados, uma vez que à imensa quantidade de modelos de intervenção e subdisciplinas existentes não correspondia igual quantidade de soluções dadas às necessidades dos sujeitos. Mais do que isso, o que se evidenciava era que todas as “inovações”, a exemplo da proposta de reabilitação, inauguradas pela psiquiatria não alteravam em essência seu conjunto interventivo (SARACENO, 2001a) que se traduziu, desde sempre, em práticas iatrogênicas.

Assim, a adoção e difusão da noção de reabilitação pela psiquiatria, nesse contexto, parece ter seguido a mesma lógica das demais incorporações por ela feita de teorias, práticas e discursos de áreas correlatas que foram surgindo no âmbito da saúde mental, parte significativa dessas incorporações como consequência da ausência de inovações próprias que realmente avançassem em termos de eficiência e potência terapêutica (SARACENO, 2001a). Para além disso, e/ou somado a este cenário, verifica-se que tamanho interesse pela reabilitação por parte da comunidade psiquiátrica internacional se assentou, principalmente, em três eventos:

I) A diminuição, a partir dos anos 1960 em todo o mundo, da população internada em hospitais psiquiátricos:

Ainda que as motivações para tal diminuição tenha se diferenciado nas distintas localidades, a justificativa comum foi a prerrogativa da desinstitucionalização, traduzida na prática como um processo de desospitalização, culminando na transposição de um enorme contingente de pacientes que estavam abandonados no hospital para o abandono fora do

hospital. A consequência dessa substituição de “modalidade de abandono” foi o aumento significativo da população psiquiátrica extramuros, que agora não mais contida e vigiada, passa a trazer expressivos contratempos aos seus familiares, aos órgãos sanitários e à comunidade como um todo (SARACENO, 2001a).

Assim, verifica-se que, em princípio, o que despertou o interesse da psiquiatria pela então reabilitação (representada, naquele momento, por um conjunto diversificado, desordenado e, na maioria das vezes, contraditório de intervenções) foi a necessidade de atender à demanda por “entretenimento” da população egressa do hospital e, em alguns casos, de qualificar a assistência prestada ao grande contingente de usuários. Em suma, lidar com as demandas dos usuários não hospitalizados constituiu o fundamento das práticas e posteriores teorizações de reabilitação (SARACENO, 2001a).

## II) A afirmação dos direitos das pessoas ainda internadas nos hospitais psiquiátricos:

A afirmação dos direitos das pessoas institucionalizadas despontou em diversas partes do mundo, mas especialmente em países industrializados ocidentais verificou-se que esta cresceu de maneira expressiva. Ainda, o conhecimento acerca dos direitos dessa população passou a dizer respeito aos diversos segmentos envolvidos como profissionais, familiares, administradores e usuários (SARACENO, 2001a), exigindo, de todos estes, mudanças na forma de gerir a relação estabelecida com essa população.

## III) Evidências epidemiológicas que atestaram o vasto universo de possibilidades acerca da evolução das psicoses, bem como das estratégias interventivas:

Os resultados de diversos estudos científicos publicados no período fizeram com que fosse possível afirmar que a evolução clínica negativa (cronificação e empobrecimento) das psicoses não é necessariamente intrínseca à doença, mas sim resultado da interação de uma série de variáveis passíveis de modificação e orientações no processo de cuidado (SARACENO, 2001a).

Em outras palavras, a necessidade de reabilitação parece encontrar uma razão também nessas evidências epidemiológicas que substancialmente e implicitamente denunciam o quão estáticas e pobres são as intervenções extramuros, com características exclusivamente farmacológicas e psicoterápicas. Nesse sentido, a necessidade de reabilitação coincide com a necessidade de se encontrarem estratégias de ação que estejam em relação mais real com as variáveis que parecem mais implicadas na evolução da psicose (SARACENO, 2001a, p. 30).



O que se verifica até aqui é que o surgimento de uma primeira noção de reabilitação, no campo da saúde mental, emerge no contexto da comunidade psiquiátrica internacional influenciada por eventos que contribuíram para sua definição enquanto um campo conceitual e prático, ainda que de maneira vaga e apresentando uma série de contradições (SARACENO, 2001a). Dessa constatação é importante ressaltar os impactos sociais oriundos desses eventos, bem como sua dimensão contextual, o que impôs à psiquiatria (e todo o seu arsenal interventivo) um imenso desafio, uma vez que se tratavam de variáveis pouco ou quase nada valorizadas por essa disciplina médica.

Saraceno (2001a), em um importante e aprofundado estudo para apresentar uma espécie de “corpus” da Reabilitação Psicossocial, faz um resgate dos principais modelos conceituais e operativos de reabilitação psiquiátrica (Modelos de Social Skills Training, Modelos Psico-educativos, Modelo de Spivak e Modelo de Ciompi) que descenderam do panorama histórico das “inovações reabilitativas” até aqui apresentado. Realiza uma análise crítica sobre tais modelos, suas ausências e potencial de reprodução “oculta” da lógica psiquiátrica hegemônica, buscando, a partir dessa elucidação pormenorizada, evidenciar conceitos e práticas que se revelam condições necessárias para abordar o que compreende, de fato, como reabilitação, para identificar seus pontos de ação centrais, bem como as modificações imprescindíveis nas intervenções para ser possível projetar um programa de reabilitação aos moldes da denominada Reabilitação Psicossocial<sup>2</sup> (Saraceno, 2001a).

Ressalta-se que essa elaboração para conceituar a Reabilitação Psicossocial, tal como difundida pelo autor, está fundamentada nos pressupostos e aporte teórico-prático da desinstitucionalização<sup>3</sup> italiana, a qual orientou o processo de transformação assistencial em saúde mental daquele país. Ainda, a experiência italiana, bem como o arcabouço teórico-prático que a orientou (a desinstitucionalização) e uma das perspectivas de atuação que dele descendeu (a Reabilitação Psicossocial), teve grande repercussão em diversos países, dada sua radicalidade e inventividade, alcançando e influenciando, de maneira expressiva, a realidade brasileira.

Nesse sentido, Amarante (1998), ao resgatar o percurso histórico do movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro, localiza no final na década de 1970, mais especificamente no ano de 1978 (dentre outros relevantes eventos que vinham ocorrendo no país), o I Congresso

---

<sup>2</sup> Toda explanação e aprofundamento em torno da perspectiva de Reabilitação Psicossocial aqui adotada será explorada em profundidade no Capítulo 3.

<sup>3</sup> A perspectiva de desinstitucionalização adotada no presente estudo encontra-se discutida de maneira mais ampla no Capítulo 1.

Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições como um evento de grande importância, uma vez que foi por meio deste que se viabilizou a vinda ao país de diversos expoentes de correntes de pensamento crítico no campo da saúde mental, dentre os quais Franco Basaglia.

Para Yasui (2010), as contribuições de tais expoentes como, por exemplo, Robert Castel, Michel Foucault e Erwin Goffman, foram, sem dúvida, fundamentais para o que se vinha empreendendo em termos de produção de massa crítica na construção de um novo projeto de cuidado em saúde mental no Brasil, no entanto, a maior influência ficou a cargo de Franco Basaglia, que parece ter despertado maior desejo e potência nesse contexto.

Apenas a título de contextualização histórica do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, sem, no entanto, diminuir a importância e contribuição de capítulos anteriores da história, importa ressaltar que é nesse momento, final dos anos 1970 e a partir do evento supracitado, que o país, na figura dos atores do movimento pela transformação da assistência em saúde mental, entra em contato, de maneira presencial, com outras perspectivas teóricas e práticas da Psiquiatria Alternativa para além das oriundas da Psiquiatria Preventiva Comunitária Norte Americana<sup>4</sup> (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007), mostrando-se decisivo para um novo momento e configuração do processo de Reforma Psiquiátrica no país.

Após este primeiro evento, muitos outros encontros e debates foram promovidos e, com o suporte da CEBES, Franco Basaglia realizou diversas conferências pelo país em espaços como sindicatos, associações e universidades, se tornando referência primeira e fundamental na construção do pensamento crítico do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental<sup>5</sup>, o qual passa a assumir a desinstitucionalização como conceito chave na elaboração de uma proposta de transformação da psiquiatria brasileira (AMARANTE, 1998).

Como se verifica, o percurso histórico da experiência italiana pautada na desinstitucionalização teve, desde muito cedo, forte reverberação no contexto brasileiro, influenciando-o de maneira significativa. Essa realidade se apresentou também em relação à

---

<sup>4</sup> Sobre o Preventivismo comunitário norte – americano e sua influência e ressonâncias no processo de transformação assistencial em saúde mental no Brasil, consultar: COSTA-ROSA, A. **Saúde Mental Comunitária: Análise dialética de um movimento alternativo**. 1987. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1987 e DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da Unesp**, v. 6, n. 1, p. 60 – 79, 2007.

<sup>5</sup> Para Amarante (1998, p. 51), o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental é “[...] considerado o ator e sujeito político fundamental no projeto da reforma psiquiátrica brasileira. É o ator a partir do qual originalmente emergem as propostas de reformulação do sistema assistencial e no qual se consolida o pensamento crítico ao saber psiquiátrico”.

teoria e à prática da Reabilitação Psicossocial, especialmente à difundida por Benedetto Saraceno. Isso porque, segundo Pitta (2001b, p. 7, grifo nosso)

Benedetto Saraceno tem sido um amigo sincero do Brasil e dos brasileiros desde a sua primeira aparição entre nós, no início dos anos 90, trazendo sempre um olhar inteligente e crítico sobre a psiquiatria e suas reformas, a epidemiologia e seus usos oportunos, a ciência e seus acertos e enganos. [...] Tem estado conosco, como amigo solidário, em momentos especiais: no pacto de reformas estruturais da assistência psiquiátrica latino-americana da Conferência de Caracas, nas nossas lutas brasileiras em Santos, São Paulo, Rio de Janeiro, Brasília, Campinas, saltando do uso racional dos psicofármacos à boa qualidade dos programas e serviços de saúde mental; à recontextualização de conceitos e práticas de Reabilitação Psicossocial para que as mesmas possam ganhar sentido entre nós; na agenda mínima de ações de Saúde Mental para que as Nações do Mundo, incluindo a nossa, recusem políticas de não-acesso a cuidados sanitários e sociais mínimos.

Um capítulo importante dessa história no país, e que parece endossar a existência de um percurso de investimentos por parte de um coletivo implicado com o avanço da Reforma Psiquiátrica, bem como com o fomento e desenvolvimento da Reabilitação Psicossocial no Brasil, foi o evento intitulado I Encontro de Reabilitação Psicossocial. Realizado na Universidade de São Paulo, em junho de 1995, sob a condução de representantes do Brasil na World Association for Psychosocial Rehabilitation, este encontro possibilitou não só o conhecimento acerca da maneira como distintos profissionais, grupos e serviços vinham produzindo ações de cuidado alinhadas ou não aos paradigmas da Reabilitação Psicossocial até aquele momento, como também possibilitou a reunião dos trabalhos desenvolvidos naquela ocasião, dando origem ao livro intitulado *Reabilitação Psicossocial no Brasil*, sob a organização de Ana Pitta, publicado em 1996 (PITTA, 1996). Importa ressaltar que esse livro se tornou referência sob vários aspectos para a área, eternizando um fragmento importante da história de transformação do campo da assistência em saúde mental no Brasil.

Verifica-se que existe um histórico no contexto brasileiro de busca por experiências exitosas e por referenciais para pautar a construção do modelo de assistência em saúde mental no país e que a noção de Reabilitação Psicossocial desde muito cedo se fez presente, especialmente na figura de Benedetto Saraceno, mas não somente. Isso porque, como sugere Pitta (2001a), muitas têm sido as compreensões, definições e usos da Reabilitação Psicossocial desde seu surgimento; dos diversos pressupostos e definições descenderam inúmeras interpretações. Se avaliadas as distintas experiências que se apresentam sob o desígnio da Reabilitação Psicossocial para se “habilitarem” como tal, será possível constatar que tantas serão as versões quantas sejam as práticas concretas difundidas nos diferentes lugares do mundo. Traduzindo em dados, um relatório da International Association of

Psychosocial Rehabilitation Services já contabilizava, em 1985, cerca de 800 experiências dedicadas à Reabilitação Psicossocial pelo mundo (CNAAN<sup>6</sup>, 1985 apud PITTA, 2001b).

Importa destacar que, apesar das diversas compreensões, configurações e operacionalizações de Reabilitação Psicossocial que foram surgindo no campo da saúde mental – considerando aqui obviamente aquelas que, de fato, buscam transcender e superar o paradigma da psiquiatria - a realidade nos serviços, mas também a literatura, evidenciam uma aposta e difusão nessa perspectiva como aporte teórico-metodológico que orienta as ações de cuidado e as pesquisas no campo da saúde mental. Argumenta-se que, ainda que nem todas se apoiem “stricto sensu” na noção de Reabilitação Psicossocial como apresentada por Benedetto Saraceno, em sua maioria guardam com esta semelhanças no que diz respeito aos princípios e valores em que se apoiam e na ética dos resultados que esperam alcançar.

A subseção a seguir está dedicada a esta apresentação e discussão.

### **2.1.1 A Reabilitação Psicossocial nos estudos nacionais**

Estudos brasileiros têm se dedicado a investigar o referencial teórico da Reabilitação Psicossocial no contexto das transformações oriundas dos movimentos de Reforma Psiquiátrica, problematizando as definições existentes, explorando seus conceitos constituintes e suas contribuições para o campo da saúde mental brasileira (BARROS; OLIVEIRA; SILVA, 2007; GUERRA, 2004; HIRDES, 2009; HIRDES; KANTORSKI, 2004; PINTO; FERREIRA, 2010).

O estudo realizado por Pinto e Ferreira (2010) teve como objetivo problematizar a Reabilitação Psicossocial enquanto dispositivo no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Para os autores, os novos serviços e referenciais que configuram a assistência às pessoas em sofrimento psíquico não garantem a conversão destes sujeitos em cidadãos, como prevê o movimento de Reforma Psiquiátrica, uma vez que ideologias manicomiais podem ainda constituir o alicerce dos atuais serviços e práticas profissionais. Assumem que a Reabilitação Psicossocial é relevante na vida destas pessoas, caracterizando-se como um operador no processo de produção de cidadania dos sujeitos, entretanto, fica sob o risco de ser mantenedora destes sujeitos na condição imposta pela perspectiva da psiquiatria. Nessa

---

<sup>6</sup> CNAAN, R. A. et al. Psychosocial Rehabilitation: Toward a Definition. **Psychosocial Rehabilitation Journal**, v. 11, n. 4, p. 61-76, 1985.

direção, questionam qual a cidadania almejada pela Reabilitação Psicossocial e de que forma isso pode se processar, ou seja, como fazer a passagem do louco para cidadão em uma sociedade que exclui majoritariamente e rebate a diferença? Argumentam que, a despeito do potencial da Reabilitação Psicossocial enquanto veículo de transformação na vida das pessoas, sua prática pode ser excludente e violenta como ocorria nos antigos hospícios, já que

Se esta prática não estiver aliançada com um corpo social ‘tresloucado’, de fato, a tendência é o isolamento dos pacientes, como faziam os velhos asilos. Não basta reabilitá-los; é necessário engajá-los com a cidade, produzir espaços existenciais para a loucura, que não seja apenas a de comensurá-la pela noção de cidadania (PINTO; FERREIRA, 2010, p. 31).

Para refletir acerca desta condição, lançam mão de ferramentas conceituais oriundas da arqueologia e genealogia de Michel Foucault (PINTO; FERREIRA, 2010). Trazem para o centro da discussão a definição de Reabilitação Psicossocial proposta pela International Association of Psychosocial Rehabilitation Services (IAPRS) (INTERNATIONAL ASSOCIATION OF PSYCHOSOCIAL REHABILITATION SERVICES, apud PITTA, 1996, p. 21) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (OMS, 2001)<sup>7</sup>, explorando tais definições a partir do diálogo com autores como Saraceno (1996; 1999)<sup>8</sup> e Pitta (1996)<sup>9</sup> acerca da Reabilitação Psicossocial (PINTO; FERREIRA, 2010).

Verifica-se, ao longo do estudo, que os autores são enfáticos em assumir a Reabilitação Psicossocial como um dispositivo específico da Reforma Psiquiátrica brasileira, ou seja, um operador teórico-prático que orienta o funcionamento dos serviços (PINTO; FERREIRA, 2010), principalmente, no sentido de viabilizar a cidadania dos sujeitos. Entretanto, talvez os questionamentos acerca de a qual lógica a Reabilitação Psicossocial tem respondido - se à asilar ou à da Reforma Psiquiátrica - e os riscos que corre de permanecer no discurso e práticas típicas da psiquiatria, se assente no fato de ainda haver pouco consenso acerca desta perspectiva ou de esta ainda carecer de uma definição e prática mais robustas e prevalentes no contexto da saúde mental no país.

---

<sup>7</sup> Organização Mundial da Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo**: Saúde mental: nova concepção, nova esperança, 2001.

<sup>8</sup> SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. M. F. (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.13-18.

SARACENO, B. **Libertando Identidades**: da Reabilitação Psicossocial à Cidadania Possível. Rio de Janeiro: Te Corá, 1999.

<sup>9</sup> PITTA, A. M. F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

Esta hipótese encontra correspondência no estudo de Guerra (2004), cujo objetivo foi contextualizar, de maneira crítica, a Reabilitação Psicossocial no Brasil, apontando as controvérsias nas concepções difundidas ao longo do processo de Reforma Psiquiátrica no país. A autora toma como ponto de partida a discussão de um dos pilares da Reforma Psiquiátrica, ou seja, as estratégias de inclusão social das pessoas em sofrimento psíquico.

Assumindo o contexto de transformações no campo da saúde mental, no que diz respeito a um posicionamento político do Ministério da Saúde a partir dos princípios antimanicomiais, questiona o lugar da reinserção social e da Reabilitação Psicossocial neste contexto e momento da Reforma Psiquiátrica. Questiona também se é possível falar em reinserção, e do que se trata a Reabilitação Psicossocial no Brasil, como este campo tem se configurado e se desenvolvido (GUERRA, 2004).

Considera que o campo da Reabilitação Psicossocial no Brasil tem sido abordado, especialmente, a partir das obras de Ana Pitta (1996), no livro intitulado Reabilitação Psicossocial no Brasil, e de Benedetto Saraceno (1999), em seu livro intitulado Libertando identidades: da reabilitação à cidadania possível. A partir destas obras, as explora de maneira a elucidar descompassos e controvérsias entre teoria e prática, especialmente na obra de Ana Pitta (1996), na qual diversos autores retratam concepções teóricas e experiências práticas até aquele momento. Aponta que tal incursão se justifica, pois esta análise evidencia a ainda pouca sistematização e teorização deste campo onde residem as práticas da Reabilitação Psicossocial no Brasil (GUERRA, 2004). Sustenta que a obra de Saraceno (1999) demonstra avanços ao apresentar uma teoria mais consistente da Reabilitação e seus elementos constitutivos, influenciando este campo no contexto brasileiro. Por fim, assume a tese de que

Na verdade, trabalhamos, ainda, na *construção* de um modelo que, como pode se ver, mescla diferentes proposições, sem sustentar um *paradigma* propriamente dito. Trabalhamos inventando, experimentando e avaliando, mais ou menos formalmente, nossas ações a partir de suas consequências sobre os usuários nelas envolvidos (GUERRA, 2004, p. 91, grifo do autor).

O estudo de Guerra (2004), assim como o de Pinto e Ferreira (2010), ao colocar o desafio de realizar uma incursão teórico-crítica acerca da Reabilitação Psicossocial no Brasil, evidencia preocupação quanto ao desenvolvimento teórico e prático desta para o campo da saúde mental no país, revelando uma lacuna ainda presente no que diz respeito a um corpo teórico-prático consistente, minimamente consensual e aplicável. Esta preocupação é plausível, especialmente quando Pinto e Ferreira (2010) apontam que é a noção de

Reabilitação Psicossocial que vem fundamentando as políticas públicas de saúde mental no Brasil, bem como orientando as práticas dos dispositivos de cuidado.

Seguindo nesta direção, Hirdes e Kantorski (2004) ao realizarem um resgate de concepções teóricas difundidas na literatura nacional e internacional por autores deste campo, produziram um estudo cujo objetivo foi explorar o referencial teórico da Reabilitação Psicossocial – a partir de seus valores, princípios e objetivos - e identificar a diferença estabelecida entre tratamento e reabilitação. No processo de incursão, análise e reflexão acerca desta perspectiva e suas definições, apresentam algumas de suas apreensões, tais como: a) os projetos de reabilitação psicossocial que têm como setting as ruas, a comunidade e a casa dos sujeitos se revelam potentes laboratórios para a criação de práticas reais e contextualizadas, além de evidenciarem que a Reabilitação Psicossocial é uma prática que se dá por meio da articulação e, portanto, valorizando a vida e as histórias das pessoas; b) no que se refere aos objetivos da Reabilitação Psicossocial, afirmam que estes refletem os da instituição que a opera e que objetivos são diretrizes que alicerçam a construção da possibilidade real de serviço e Reabilitação Psicossocial ocorrerem juntos e em consonância, sendo a união entre os objetivos e os valores referentes ao cuidado o determinante dos princípios que regem os serviços. Por fim, apontam que

Compreendemos que os projetos terapêuticos individualizados, assim como os programas reabilitativos, não devem ser encarados como processos meramente normativos, mas devem responder aos objetivos propostos, como um conjunto de diretrizes e estratégias que direcionam as ações. Para tanto, algumas características são necessárias: a flexibilidade, o redimensionamento e a constante avaliação. Isso implica um processo de construção coletiva e cotidiana, com a participação e o envolvimento da equipe em sua totalidade, para que a proposta daí resultante seja o retrato do compromisso de todos para com a excelência da qualidade da atenção oferecida. Entendemos que a reabilitação psicossocial deverá prover serviços nos quais as possibilidades se transformem em uma realidade dialeticamente construída-inventada no seu cotidiano (HIRDES; KANTORSKI, 2004, p. 220).

Hirdes (2009) desenvolveu um estudo cujo objetivo foi abordar as concepções de autonomia e cidadania no âmbito da Reabilitação Psicossocial. Tratou-se de uma revisão bibliográfica que abordou conceitos de desinstitucionalização e reabilitação de autores de tradição basagliana, autores ingleses e americanos, os quais problematizam a relação entre reabilitação, trabalho e saúde mental. A autora identificou que os autores de tradição basagliana concebem formas de trabalho mais flexíveis, uma vez que o sentido de produção de vida transcende a vida produtiva, diferente da perspectiva dos autores americanos e ingleses, os quais apresentam modelos, estruturas mais rígidas, cujo objetivo é normalizar a



pessoa em sofrimento psíquico por meio do enfrentamento relativo ao mercado de trabalho. Concluem que a inserção no mercado de trabalho ainda se revela um dos principais obstáculos no âmbito da Reabilitação Psicossocial, sugerindo a necessidade de transformações na relação entre doença mental e sociedade.

No âmbito destas reflexões, a autora aproxima a discussão para o contexto brasileiro, sugerindo que as práticas profissionais nos serviços estão muito além do que se produz cientificamente na área, sugerindo a necessidade de que haja a construção de um referencial de reabilitação próprio no Brasil em detrimento da adoção de modelos internacionais como o anglo-saxão ou o italiano (HIRDES, 2009).

Verifica-se, nos estudos teóricos apresentados, uma preocupação não só com a elucidação de um corpo teórico consistente acerca da Reabilitação Psicossocial, mas também com a possibilidade de sua operacionalização no contexto dos serviços. É nesta direção também que estudos brasileiros têm se dedicado a explorar, junto aos profissionais que atuam nos serviços da rede de cuidados em saúde mental, as concepções de Reabilitação Psicossocial, sua operacionalização na prática e as implicações para o processo de intervenção e cuidado (BABINSKI; HIRDES, 2004; JORGE et. al, 2006; PEREIRA, 2007; PINHO et. al, 2009; PINHO et. al, 2013; RIBEIRO; BEZERRA, 2015).

O estudo de Pereira (2007), cujo objetivo foi identificar as representações acerca da Reabilitação Psicossocial formuladas por profissionais de serviços de saúde mental, bem como as dificuldades encontradas para efetivar a assistência em saúde mental, revelou que estes associam a Reabilitação Psicossocial à noção de autonomia e de inserção social. No que se refere à noção de autonomia a autora identificou nos relatos que esta é uma perspectiva elaborada pelo profissional, vem por vezes atrelada à ideia de independência, pode se referir ao engajamento do sujeito num processo de auto-organização e mesmo, numa perspectiva mais simplificadora, focar apenas a inserção social. Quanto à concepção de reabilitação no sentido da inserção social, as falas dos entrevistados sugerem uma compreensão desta como algo relacionado ao pertencimento, que se movimenta e de resgate de algo que havia perdido o vigor.

Resultado semelhante foi encontrado no estudo desenvolvido por Babinski e Hirdes (2004), cujo objetivo foi descrever a perspectiva de Reabilitação Psicossocial elaborada por profissionais que trabalham em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Neste estudo, dentre os resultados encontrados, a Reabilitação Psicossocial também aparece como um processo relacionado ao desenvolvimento da autonomia, entretanto, numa perspectiva de



devolução desta ao sujeito, assim como a devolução de habilidades perdidas. Nessa direção, o estudo desenvolvido por Ribeiro e Bezerra (2015), cujo objetivo foi compreender de que maneira o conceito de Reabilitação Psicossocial é assimilado pelos trabalhadores de um CAPS de São Paulo, como estes trabalhadores a relacionam às suas práticas e como a identificam no serviço em que atuam, revelou, dentre os resultados, que a Reabilitação Psicossocial vem associada à ideia de resgate da autonomia possível e à ampliação dos espaços de trocas para os sujeitos. As autoras argumentam que as práticas desenvolvidas pelos profissionais são consonantes com os pressupostos teóricos que orientam a Reabilitação Psicossocial, ainda que tais pressupostos não sejam mencionados por estes. Apesar disso, sinalizam para o fato de algumas falas serem reducionistas e indicarem como objetivos da Reabilitação Psicossocial o retorno do sujeito à normalidade.

O estudo desenvolvido por Jorge et al. (2006), cujo objetivo foi interpretar as concepções de Reabilitação Psicossocial apresentadas por profissionais de serviços de saúde mental como estratégia para conhecer como estes a viabilizam na prática, também identificou uma compreensão reducionista acerca do significado da Reabilitação Psicossocial para os participantes do estudo.

No que tange às semelhanças encontradas nos resultados dos estudos, a Reabilitação Psicossocial vem concebida como processo amplo e complexo pelos participantes dos estudos de Pereira (2007) e Babinski e Hirdes (2004). No primeiro, a complexidade diz respeito à abrangência das interações estabelecidas entre os elementos da Reabilitação Psicossocial, as quais constituem e interferem na dinâmica do processo como um todo (PEREIRA, 2007). No segundo, a amplitude e complexidade do processo de Reabilitação Psicossocial se justificam na medida em que esta preconiza transformar a concepção e a assistência no campo da saúde mental (BABINSKI; HIRDES, 2004).

Jorge et. al (2006) constataram em seu estudo que o conceito de Reabilitação Psicossocial apresentado pelos profissionais participantes da pesquisa é apreendido e significado no processo da experiência prática desenvolvida no dia a dia, ainda que os participantes apontem se tratar de um conceito novo, uma estratégia inovadora. Resultado semelhante foi encontrado por Babinski e Hirdes (2004), no qual o relato dos profissionais revela a compreensão da reabilitação como um processo que se constrói na prática cotidiana e de maneira coletiva, cujo desdobramento deve ser a construção de novos modos de vida às pessoas em sofrimento psíquico. Nessa mesma direção, Ribeiro e Bezerra (2015) também constataram no discurso dos participantes de seu estudo que a prática da Reabilitação

Psicossocial se constrói na prática diária do cuidado e, embora a elaboração teórica acerca desta ainda seja frágil, não tem impedido sua operacionalização, entretanto, revela a necessidade de melhor fundamentação para que as ações sejam mais consistentes e evidentes no âmbito das equipes, dos serviços e das políticas.

Pereira (2007) verificou em seu estudo que as transformações no âmbito da assistência em saúde mental têm acontecido e produzido transformações tanto nos serviços quanto nas práticas profissionais, revelando avanços.

A despeito dos relativos avanços evidenciados pelos estudos acerca da compreensão e prática da Reabilitação Psicossocial pelos profissionais participantes, fragilidades e lacunas também foram apontadas, sugerindo a necessidade de investimento para que sejam sanadas e para que haja avanço na compreensão e operacionalização desta pelos profissionais e serviços.

Nesse sentido, o estudo de Pereira (2007) evidenciou, a partir do relato dos profissionais participantes, que dentre as dificuldades e desafios para praticar a Reabilitação Psicossocial encontra-se a falta de capacitação adequada e competência dos profissionais atrelada à política de saúde mental vigente.

No estudo desenvolvido por Babinski e Hirdes (2004), os profissionais participantes referem a existência de métodos que compõem os objetivos e princípios da Reabilitação Psicossocial, entretanto, as autoras apontam não existirem modelos e/ou protocolos a serem seguidos para a prática. Consideram ainda que no Brasil inexistem referencial de Reabilitação Psicossocial próprio que subsidie as práticas nos serviços. Esta condição é reafirmada no estudo de Ribeiro e Bezerra (2015), na medida em que os profissionais participantes evidenciam a necessidade de realizar uma prática subsidiada por fundamentação teórica, o que implica em uma compreensão apropriada acerca da Reabilitação Psicossocial e como esta se articula às intervenções no campo da saúde mental.

Verifica-se, a partir dos estudos apresentados, que a Reabilitação Psicossocial tem sido objeto de investigação tanto teórica quanto prática e que um dos aspectos que se apresenta e, em alguma medida se configura como uma dificuldade, é a falta de consenso acerca da definição teórica desta e a sua consequente operacionalização ou não pelos profissionais.

Ainda que os estudos evidenciem, em sua maioria, uma compreensão dos profissionais acerca da Reabilitação Psicossocial e que conceitos como autonomia, cidadania e inclusão social sejam prevalentes, resta dúvida acerca de qual referencial tem sido assumido por estes sujeitos, e se este ou estes referenciais, de fato, os amparam na prática da assistência.

Importa ressaltar que estas são observações e questionamentos que visam, em última instância, elucidar o panorama atual em torno da conformação do campo da saúde mental e as práticas de cuidado engendradas.

Argumenta-se que fragmentos de práticas hegemônicas operadas pela psiquiatria ainda ressoam em diversos serviços e condutas profissionais, condição que faz um alerta acerca dos riscos do retorno do instituído, justificando a necessidade de um constante investimento na manutenção e aprimoramento do que atualmente se apresenta como modelo (ou parâmetros) de cuidado em saúde mental, bem como seu avanço e aprimoramento.

## 2.2 – SOBRE A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

*“[...] a **Atenção Psicossocial** parece configurar um campo capaz de congrega e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modo Asilar, conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão” (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003, p. 34, grifo nosso).*

A Atenção Psicossocial assumida como um campo, cuja característica principal é o seu potencial para reunir e denominar um conjunto de práticas assistenciais que deve substituir o lugar daquele característico do Modo Asilar<sup>10</sup>, mantendo-se permeável e flexível às mudanças e inovações em processo e as futuras - como sugerido pelos autores supracitados - remete à imagem de um espaço com contorno mais ou menos definido, mais ou menos delimitado (mais ou menos em função da necessária fluidez já apontada), porém, em busca de precisão em seus elementos constitutivos quando se pretende substitutivo ao Modo Asilar, como será apresentado ao longo do presente estudo.

A escolha por esse caminho para abordar e refletir sobre a origem e conformação da Atenção Psicossocial no Brasil vem pautada no que a literatura da área reúne e se assenta no pressuposto de que isso que se denomina campo, e que atualmente recebe o nome de Atenção Psicossocial, traduz a concretude e a prática cotidiana do que vem sendo as lutas, os investimentos e os resultados de aproximadamente 40 anos de transformação no âmbito da atenção às pessoas em sofrimento psíquico, a partir do movimento de Reforma Psiquiátrica do país.

---

<sup>10</sup> Sobre o Modo Asilar, o Capítulo 3 trará um detalhamento sobre este, bem como sua compreensão, como assumida neste estudo.

Nesse sentido, pretende-se aqui reunir elementos da história de constituição e transformação do campo da saúde mental no Brasil com vistas a apresentar a Atenção Psicossocial em sua origem. Antecipa-se que não será feito um resgate pormenorizado de tal percurso histórico, mas antes, uma espécie de seleção de determinados eventos e fatos que carregam os fragmentos constituintes deste campo e que, reunidos, contribuem para a apreensão de uma espécie de “identidade provisória” da Atenção Psicossocial.

Tomando como ponto de partida a Reforma Psiquiátrica brasileira, sobre esta importa ressaltar e analisar o que é sua força em essência (e que sustenta todas as suas ações), ou seja, a busca por processos reais de transformação no âmbito assistencial e em todos os elementos que a gravitam. Nessa direção, Yasui (2010) afirma que a Reforma Psiquiátrica, enquanto um movimento em busca pela construção do novo, se originou como movimento social ao final dos anos 1970, organizando-se e estruturando-se em meados de 1980 e configurando-se finalmente como política pública em 1990. Aponta, ainda, que ao ensejar uma transformação acerca do olhar sobre a loucura e sobre o sofrimento psíquico, o movimento de Reforma Psiquiátrica evidencia o intento pela **produção de novos conhecimentos e novas práticas sociais**, produções estas que se assemelham à produção de conhecimento que emerge da assunção de novos paradigmas em torno da verdade científica.

Argumenta-se que são os novos conhecimentos e as novas práticas sociais supracitados o substrato para a construção e constituição do campo assistencial denominado Atenção Psicossocial.

Verifica-se, pois, que o movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil pretendeu, desde seu início, inaugurar um projeto de transformação em todo o campo assistencial, sistematizado e teorizado de maneira consistente por Amarante (1998; 2013; 2015a) a partir de uma compreensão processual deste campo e da sua constituição analisada a partir de distintas, porém complementares, dimensões. Nesse sentido, o campo da saúde mental e Atenção Psicossocial não deve ser compreendido como um modelo rígido e fechado, mas antes como um processo (AMARANTE, 2013).

Um *processo* indica algo em permanente movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objetivo último ou ótimo. Aponta para a constante inovação de atores, conceitos e princípios que marcam a evolução da história. Um *processo social* nos assinala que existem atores sociais envolvidos, enquanto tal, e que existem interesses e formulações em conflitos, em negociações. E, enfim, um *processo social complexo* se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma tal transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade (AMARANTE, 2015a, p. 112, grifos do autor).

Tomando a Reforma Psiquiátrica como um processo social complexo, é possível compreender que esta se desenvolve e se materializa a partir de transformações na prática psiquiátrica em quatro dimensões, a saber: dimensão teórico-conceitual ou epistemológica; dimensão técnico-assistencial; dimensão jurídico-político e dimensão sociocultural (AMARANTE, 2013; 2015a).

A dimensão teórico-conceitual ou epistemológica da Reforma Psiquiátrica diz respeito ao conjunto de elementos que se localizam no âmbito da produção de conhecimento e que exigem que os conceitos que fundam e sustentam a psiquiatria tais como alienação, tratamento moral, o binômio normalidade - anormalidade, isolamento terapêutico, doença versus cura entre outros, sejam desconstruídos e que se inaugure um novo marco teórico com novos operadores conceituais para o campo (AMARANTE, 2015a).

Nesse âmbito, a experiência de Reforma Psiquiátrica brasileira evidencia que um de seus pilares de constituição, desde o princípio, foi o intento pela formação de massa crítica que pudesse sustentar o processo de transformação pretendido para o campo. Para tanto, já em 1982 se verificava a criação de cursos com este objetivo, tais como o Curso de Especialização em Psiquiatria Social (oriundo de um convênio estabelecido entre a Colônia Juliano Moreira e a Escola Nacional de Saúde Pública) e o Curso Integrado em Saúde Mental (oriundo de um convênio estabelecido entre o Centro Psiquiátrico Pedro II e o Instituto de Medicina Social) (AMARANTE, 2015c).

Ainda, o que a história revela é que, em seus anos iniciais, o campo teórico da reforma foi fortemente nutrido por experiências internacionais de mudança na assistência psiquiátrica, tais como comunidade terapêutica, antipsiquiatria, psicoterapia institucional e psiquiatria de setor, além das contribuições de referências de outros campos, tais como o da antropologia, filosofia e sociologia (AMARANTE, 2015c).

Dentre as experiências internacionais com importante impacto e influência no processo brasileiro, merece destaque a italiana, que na figura de Franco Basaglia, protagonizou o início de um processo de transformação marcado por uma mudança epistemológica e cultural radical no que diz respeito à compreensão da loucura, da psiquiatria e todo seu aparato. A aprovação da Lei 180 naquele país, que pela primeira vez na história extinguiu o manicômio enquanto instrumento operacional da psiquiatria substituindo-o por outras estratégias de atenção e acolhimento, coincidiu com o ano 1978 em que o MTSM se constituiu no Brasil (AMARANTE, 2015c), justificando, dentre outros, a forte aproximação e

influência da experiência italiana no contexto nacional em termos teóricos, conceituais e práticos.

Ainda, a noção de desinstitucionalização, a despeito de sua origem nos EUA onde na prática foi traduzida por um arsenal de mecanismos de desospitalização, avança em termos teórico-técnicos com a experiência de Basaglia, na Itália, que demonstrou a possibilidade de operacionalizá-la enquanto desconstrução (AMARANTE, 2015c). Ou seja, concebida dessa forma, desinstitucionalização transcende a ideia de uma mera reestruturação dos serviços e modernização de técnicas interventivas, tornando-se um processo complexo de reposicionamento do problema, de invenção de novas práticas, novos conhecimentos e novas formas de conceber e pautar as relações. Torna-se, pois “[...] um processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos, novos sujeitos de direitos e novos direitos para os sujeitos” (AMARANTE, 2015a, p. 114).

Assim, operadores conceituais (norteadores das transformações das práticas de cuidado) da desinstitucionalização como, por exemplo, “colocar a doença entre parêntese”; a “existência-sofrimento dos sujeitos” (enquanto “objeto” das ações de cuidado no lugar do “objeto doença”) e “emancipação terapêutica” (na qualidade de substituto do que objetivava com a noção de cura) (ROTELLI; DE LEONARDIS; MAURI, 1990), dentre outros, vêm sendo incorporados desde o princípio do percurso de Reforma Psiquiátrica brasileira, cuja metabolização tem possibilitado práticas alternativas - mas também criativas e inventivas – na busca pela real superação do modelo psiquiátrico e na construção de um novo modelo assistencial.

Ainda, para Yasui (2010), o que se verifica de todo esse processo de transformação é que este não se limita simplesmente à ruptura epistemológica daquilo que constitui o aparato da psiquiatria, mas antes, que a Reforma Psiquiátrica está situada em um campo mais abrangente que diz respeito à Reforma Sanitária, a qual tem possibilitado a construção do campo da saúde coletiva. Tal apontamento sugere que, a compreensão do modelo de assistência em saúde mental que vai se estabelecendo a partir destas transformações, só é possível na medida em que se considera as demais contribuições e a inscrição desta em outros campos.

Argumenta-se que, é justamente a noção de desinstitucionalização italiana, juntamente de seus operadores conceituais e aportes de outros campos e experiências, como já mencionado, que possibilitará na experiência brasileira uma fundamental inflexão nos rumos do que até então se concebia conceitualmente e se praticava no âmbito da assistência nos

moldes da disciplina psiquiátrica, viabilizando novas construções em torno da compreensão sobre o sofrimento humano e as formas de acolhê-lo.

Considera-se, pois, que é nesta dimensão (teórico-conceitual ou epistemológica) que se encontram as ideias fundantes e norteadoras acerca das desconstruções epistemológicas necessárias no âmbito da psiquiatria para que novas construções epistêmicas se processem no campo da saúde mental, possibilitando novas teorizações cuja função é sustentar o ideário e a estrutura de cuidado ensejada denominado Atenção Psicossocial.

Novos marcos teóricos e novos operadores conceituais em torno da compreensão do “objeto da intervenção” e suas demandas adjacentes solicitam novas estratégias de intervenção e dispositivos. É aqui que se localiza a segunda dimensão denominada técnico assistencial, a qual, de acordo com Amarante (2013), evidencia que, se o “objeto da intervenção” agora é o sujeito com seus desejos, sua vida real, suas dificuldades concretas, com sua família e trabalho, então isso nutre o campo da saúde mental e Atenção Psicossocial com uma noção ampliada de integralidade. Nesse sentido, serviços que operam a repressão, a violência e a exclusão (como os clássicos hospitais psiquiátricos), já não respondem mais à lógica epistemológica vigente, exigindo que os serviços substitutivos se configurem como dispositivos estratégicos pautados por ações produtoras de cuidado, acolhimento e que viabilizem as trocas sociais (AMARANTE, 2013).

É nesta dimensão que se localizam duas experiências práticas pioneiras no Brasil que, entre as décadas de 1980 e 1990, passaram a nutrir diversos movimentos de trabalhadores no que se refere aos aspectos teórico-técnicos, éticos e políticos (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007). Portanto, a inauguração, em 1987, do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, na cidade de São Paulo e o fechamento, em 1989, da clínica psiquiátrica “Casa de Saúde Anchieta”, na cidade de Santos (SP) – em que em seu lugar se construiu uma exemplar rede integrada de serviços, tendo como seu eixo norteador os serviços designados Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) – tornam-se marcos inaugurais e paradigmáticos para a elaboração conceitual e prática do que deveria ser o modelo de cuidado em saúde mental e seus dispositivos substitutivos aos manicômios (TENÓRIO, 2002).

Sobre estes serviços (CAPS e NAPS), importa ao menos mencionar algumas particularidades acerca de suas origens que se encontram em suas bases de sustentação e que se inscrevem no campo conceitual e ideológico, revelando aspectos sobre as escolhas e características do modelo substitutivo de assistência em saúde mental com reverberações até os dias atuais.



Assim, o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira (o primeiro CAPS no país), foi criado em um contexto de redemocratização do país e de mudança de um período de predominância do sanitarismo para o de desinstitucionalização, portanto, tendo parte de sua conformação atrelada à noção de desospitalização – noção tributária do preventivismo comunitário americano – e parte atrelada à noção de transformação cultural – noção tributária da experiência de Psiquiatria Democrática italiana (AMARANTE, TORRE, 2001). Surge, pois, com a pretensão de ser um dispositivo alternativo intermediário ou transitório, portanto, vislumbrando a passagem de um modelo para outro. “Isto é, o CAPS surgiu no âmbito do modelo sanitário-preventivista, como uma instância intermediária entre o hospital e a comunidade, marcado também por uma proposta terapêutica influenciada pela tradição da Psicoterapia Institucional” (AMARANTE, 2015c, p. 31).

Os NAPS, por sua vez, foram criados com a pretensão de se configurarem como protótipos de serviços verdadeiramente substitutivos ao hospital psiquiátrico e sua aparelhagem, resultado da intervenção da prefeitura de Santos junto à Casa de Saúde Anchieta, a qual foi viabilizada por um contexto de inovações oriundas da Reforma Sanitária, que possibilitou uma real descentralização no sistema nacional de saúde (AMARANTE, 2015c). Importa ressaltar que o projeto do NAPS foi fundamentado em autores como Basaglia e Rotelli (AMARANTE; TORRE, 2001), portanto, inspirado na experiência de reforma italiana e sustentado, principalmente, pela teoria e prática da desinstitucionalização.

De suas particularidades fundantes, em termos teórico-conceituais e histórico-contextuais, é fundamental ressaltar que

Como se pode perceber, o CAPS nasceu como uma proposta que, entre o alternativo, o intermediário e o provisório, diferia substancialmente do NAPS por sua aceitação, mesmo que provisoriamente, do hospital psiquiátrico, o que, para o projeto no qual se inseria o NAPS seria inadmissível. Por outro lado, o CAPS seria um serviço sanitário *stricto sensu*, com uma proposta terapêutica calcada no modelo médico-psicológico de análise, enquanto os NAPS seriam serviços não apenas médicos, no sentido rigoroso do termo, mas assumidamente sociais e culturais.

Com o contexto propiciado pelo circuito de Santos, o CAPS foi resgatado com outra descrição, como uma possibilidade que deveria caminhar na direção de tornar-se, ele próprio, uma proposta substitutiva ao modelo psiquiátrico tradicional, e não um serviço provisório-permanente (AMARANTE, 2015c, p. 31, grifo do autor).

O que se verifica desse processo é que ao longo da primeira década do ano 2000, o Ministério da Saúde optou pela denominação oficial CAPS como tradutor das experiências substitutivas ao modelo psiquiátrico, concedendo-lhe, em algumas circunstâncias (como na modalidade de CAPS tipo III), o status de instância central no cuidado no território,



resgatando, em alguma medida, um dos norteadores fundamentais dos NAPS (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007).

Nesta dimensão, verifica-se que o percurso histórico de inauguração dos primeiros dispositivos de cuidado em saúde mental, substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, buscam dar materialidade - ainda que carregando algumas contradições - às transformações desejadas e impulsionadas pelas novas concepções teórico-práticas, representando substratos importantes na constituição do campo da Atenção Psicossocial, que desde então vem sendo nutrido por outros dispositivos com diversas características, porém orientados pelos mesmos princípios, que vem sendo implementados.

A dimensão jurídico-política traz em seu bojo a imprescindível discussão e redefinição das relações humanas e civis, tendo como parâmetros a noção e o exercício da cidadania pelos sujeitos, bem como a vivência de seus direitos sociais, o que traz como consequência e exigência a revisão e mudança de toda a legislação relativa à área. Ou seja, se a loucura deixa de ser sinônimo de incapacidade para os atos da vida civil, deixa de ser concebida como periculosidade e irracionalidade, então o desafio posto nessa dimensão é o de justamente ser capaz de produzir normativas que sejam agora condizentes e estratégicas para a garantia de acesso aos direitos e à cidadania dos sujeitos (AMARANTE, 2013; 2015a), que diante dessa ruptura epistemológica acerca da compreensão da loucura passam a ser vistos em suas dimensões reais, sociais, humanas.

Portanto, é inegável que, dentre as diversas e distintas mudanças necessárias na área, “A revisão de toda a legislação é um primeiro aspecto, pois tanto o código penal quanto o civil ou ainda outras leis e normas sociais estão repletos de referências nocivas aos sujeitos em sofrimento psíquico e representam obstáculos significativos ao exercício de cidadania” (AMARANTE, 2013, p. 69).

Aqui vale destacar alguns eventos ocorridos nesse processo e que impulsionaram também transformações no âmbito jurídico-político. Assume-se que um aspecto que não se supera neste caldeirão de questionamentos, reflexões e que se revela mola propulsora para as mudanças concretas no campo da saúde mental no âmbito da Reforma Psiquiátrica, é a noção de direitos humanos, que para Amarante (2013, p. 69), passa a ser concebida de maneira singular. Ou seja, “Trata-se de uma luta pela inclusão de novos sujeitos de direito e de novos direitos para os sujeitos em sofrimento mental. Direito ao trabalho, ao estudo, ao lazer, ao esporte, à cultura, enfim, aos recursos que a sociedade oferece”. Nesse sentido, a aprovação da lei 10. 216, em abril de 2001, que passou a ser conhecida como a Lei da Reforma

Psiquiátrica brasileira, revelou-se decisiva nesse processo. Ainda que seu projeto original não tenha sido aprovado, o seu substituto promulgado (a Lei 10.216 propriamente), a despeito da exclusão de aspectos fundamentais constantes no projeto original, como a extinção progressiva dos manicômios, revogou a legislação de 1934, até então em vigor, e representou um salto significativo no que se refere ao modelo assistencial pretendido (AMARANTE, 2013).

A título de registro histórico sobre esse processo e seus impactos, importa destacar que, enquanto a Lei nacional era discutida e avaliada (durante 12 anos até ser aprovada), oito Leis estaduais e diversas municipais - que tratavam de normativas locais concernentes às mudanças pretendidas com o processo de Reforma Psiquiátrica - foram aprovadas, alavancando, sobremaneira, o processo de Reforma Psiquiátrica. São elas (AMARANTE, 2013, p. 70):

- Rio Grande do Sul – Lei n. 9.716 de 7 de agosto de 1992;
- Ceará – Lei n. 12.151 de 29 de julho de 1993;
- Pernambuco – Lei n. 11.065 de 16 de maio de 1994;
- Rio Grande do Norte – Lei n. 6.758 de 4 de janeiro de 1995;
- Minas Gerais – Lei n. 11.802 de 18 de janeiro de 1995;
- Paraná – Lei n. 11.189 de 9 de novembro de 1995;
- Distrito Federal – Lei n. 975 de 12 de dezembro de 1995;
- Espírito Santo – Lei n. 5.267 de 10 de setembro de 1996.

Sobre a dimensão jurídico-política, vale destacar e demarcar que

[...] não basta apenas aprovar leis, pois não se determina que as pessoas sejam cidadãos e sujeitos de direito por decreto. A construção de cidadania diz respeito a um processo social e, tal qual nos referimos no campo da saúde mental e atenção psicossocial, um processo social complexo. É preciso mudar mentalidades, mudar atitudes, mudar relações sociais (AMARANTE, 2013, p. 71).

Por último, mas em sinergia com os aspectos da citação acima e absolutamente consequente às dimensões anteriores, tem-se a dimensão sociocultural, um campo cuja transformação pretendida e operada pela Reforma Psiquiátrica se refere à mudança acerca da concepção de loucura pela sociedade. Se trata de uma importante estratégia, sendo a participação da sociedade nas discussões em torno da Reforma Psiquiátrica e de todas as transformações ensejadas por esta, um dos princípios fundamentais dessa dimensão (AMARANTE, 2013; AMARANTE, 2015a; YASUI, 2010).

Assim, essa dimensão carrega consigo o objetivo maior da Reforma, ou seja, transformar verdadeiramente o lugar social ocupado pela loucura e, conseqüentemente a

relação estabelecida entre esta e a sociedade (AMARANTE, 2015a). “Quer dizer, propõe-se que todo conhecimento produzido por esse processo seja incorporado como um bem cultural, que faça parte do senso comum” (YASUI, 2010, p.103).

Aqui vale destacar experiências significativas que deram e vêm dando corpo a esta dimensão como, por exemplo, os blocos carnavalescos desfilando, por vezes, junto a escolas de samba reconhecidas e pautando o tema da loucura, da diferença e da diversidade. As TV’s comunitárias, com destaque para a TV Tam Tam, surgida em Santos no início do processo de reconfiguração do modelo assistencial em saúde mental da cidade e tantas outras com perfil parecido e compostas por usuários, familiares e profissionais. Ainda, programas em rádios, exposições e a formação de associações destacam-se como iniciativas importantes para a sustentação e arranque desta proposta (AMARANTE, 2013).

A intervenção cultural tem como objetivo interferir na produção do imaginário social no que diz respeito à loucura, ao louco ou à doença e ao doente. O saber psiquiátrico, sem dúvida, construiu e legitimou, em grande parte, as representações sociais sobre a questão, vinculando-as às noções de irresponsabilidade, periculosidade, irracionalidade, e assim por diante. A intervenção cultural, principalmente partida dos próprios usuários e dos técnicos que com eles lidam, é uma estratégia fundamental para transformar este imaginário, produzindo uma ruptura com esta escala de estigmas e preconceitos (AMARANTE, 2015c, p. 38).

Disso tudo importa ressaltar que na dimensão sociocultural existe um componente fundamental e que evidencia a sua inter-relação e integração sistêmica às demais dimensões. Tal componente é a participação social e política de todos aqueles que vêm se dedicando e se envolvendo com o acontecer da Reforma Psiquiátrica no Brasil (AMARANTE, 2013), nutrindo este processo de força, coragem e persistência.

Reforça-se que a Reforma Psiquiátrica compreendida como processo, pressupõe a sinergia entre as distintas dimensões que o compõem. Portanto, somente percorrendo todas estas dimensões é que se alcança a compreensão em torno da complexidade da Reforma Psiquiátrica (YASUI, 2010).

Argumenta-se que os eventos, fatos, conceitos, teorias e transformações na história do processo de mudança de modelo assistencial em saúde mental brasileira a partir da Reforma Psiquiátrica – aqui reunidos e abordados a partir das 4 dimensões propostas por Amarante (1998; 2013; 2015a) – fornecem os substratos constituintes do campo da Atenção Psicossocial tal como se apresenta atualmente, bem como auxiliam na compreensão sobre as conformações que este vai assumindo a partir das demandas dos sujeitos e do contexto sócio-político-

cultural. Assume-se aqui que tal estrutura vem auxiliando e orientando a constituição de um novo modelo de cuidado na área.

Importa destacar que a ideia de modelo assumida no presente estudo, diferente da difundida por alguns discursos que a sustentam como algo fechado, exemplar e padrão a ser seguido, é a que vem traduzida por um conjunto de tecnologias que operam como instrumentos de trabalho no âmbito da saúde (PAIM, 2012), como possibilidade de intercâmbio entre distintos instrumentos e estratégias que, apesar de distintos, se pautam em ações práticas com interesses em comum (AYRES, 2009). Isso significa que

[...] um modelo de atenção pode ser entendido como uma espécie de lógica ou racionalidade que orienta uma dada combinação tecnológica nas práticas de saúde. [...] indica modos de organizar a ação e dispor os meios técnico-científicos existentes para intervir sobre problemas e necessidades de saúde que podem ser diversos, tendo em conta as realidades distintas (PAIM, 2012, p. 463).

A ideia de modelo de atenção, como assumida pelos autores supracitados, parece responder de maneira adequada à necessária abertura, flexibilidade e “mutabilidade” condicionada pelas demandas sociais, políticas e temporais solicitadas pela Atenção Psicossocial para que se constitua e consolide. Nesse sentido, sempre que a palavra modelo for utilizada neste estudo estará aludindo à referida ideia de modelo de atenção.

Importa destacar que o intento pela construção de um novo modelo assistencial foi (e vem sendo) um trabalho feito a muitas mãos, as quais são originárias das mais variadas regiões do país, dos mais diversos serviços e dos mais plurais atores sociais, configurando uma Atenção Psicossocial cuja marca é a diversidade, a heterogeneidade, a ousadia, a criatividade e a inventividade.

Uma importante iniciativa, que retrata este panorama, foi o evento intitulado *1º Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro – Paradigmas da Atenção Psicossocial*, realizado nesta cidade em 1996 cuja publicação dos Anais do evento em forma de um volume/livro intitulado *O Campo da Atenção Psicossocial: Anais do 1º Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro*, reuniu parte dos textos de trabalhos e experiências apresentadas no evento, representando um passo fundamental para a divulgação do que vinha sendo concebido e praticado como Atenção Psicossocial naquele contexto no país (VENANCIO; LEAL; DELGADO, 1997).

Segundo Venancio, Leal e Delgado (1997. p. VIII), há dois aspectos centrais no volume publicado; um deles é o fato de os trabalhos apresentados se reconhecerem e se denominarem como parte constituinte deste campo “contribuições teóricas e relatos de

experiências que se auto-representam como constitutivas do que se denomina atualmente de ‘atenção psicossocial’”. O segundo aspecto diz respeito à diversidade de correntes teóricas, de objeto, de experiências e concepções que marcam este campo, considerado pelos autores de conceitual e temático.

Verifica-se que o intento por fazer falar um conceito, uma teoria de Atenção Psicossocial, bem como por operá-la concretamente na prática tem sido um esforço e uma construção coletiva, complexa e diversa. Nesse sentido a busca por definições também parece ter sido, em alguma medida, a marca do referido evento. Para Venancio, Leal e Delgado (1997. p. VII, grifos dos autores)

Duas noções dão identidade a esse campo. A primeira noção – “atenção” – parece vir substituir palavras mais correntes, como “clínica”, e dar uma nova dimensão ao tipo de “cuidado” que se pretende: um cuidado que não visa exclusivamente à remissão do sintoma psicopatológico, mas que se propõe a compreendê-lo como algo que é parte de um sujeito particular que precisa ser considerado. Estar alerta ao que estes sujeitos podem nos dizer e que não conhecemos ainda torna-se um exercício de extrema relevância para a construção deste cuidado, visto que ele não se sustenta sobre pressupostos de universalidade e essencialidade absolutas da subjetividade humana.

A segunda noção – “psicossocial” – vem desta percepção de que qualquer “cuidado” que se pretenda “atenção” deve tentar lidar com duas dimensões de nossa moderna existência, numa tentativa incessante de vê-las de modo mais complexo, de reintegrá-las uma à outra e de conceber o sujeito como uno: a dimensão psíquica, que passa a ser comprometida de modo definitivo com a questão da subjetividade e da criatividade (estética, artística); e a dimensão social, que é ampliada para além da sua identificação exclusiva com a família, o trabalho ou a idéia inespecífica de “sociedade”, passando a contemplar espaços importantes como o do lazer. Com este novo significado dado ao “social” as próprias concepções de família ou trabalho com que nos deparamos podem aparecer modificadas, mais abrangentes, menos excludentes.

Para Yasui (2010) a Atenção Psicossocial vem sendo construída, nos últimos anos, por meio da reunião e articulação entre as variadas disciplinas e experiências práticas. Da renúncia ao paradigma psiquiátrico e à racionalidade médica, o compromisso passa a ser o de assumir a existência humana como processo complexo atrelando a esta o sofrimento psíquico.

Da aparente imprecisão do campo da Atenção Psicossocial a partir do que fora exposto até aqui, parece pertinente a sugestão de investimentos neste campo de forma a torna-lo mais substancial, carregando conceitos e teorias que, tendo sido gestadas no seio de sua transformação e construção, lhe agregue parâmetros adicionais e caminhos outros que permitam precisa-lo, sem, em hipótese alguma, minorar os imprescindíveis esforços já feitos e ainda sendo feitos por autores deste campo, atores fundamentais na construção de um novo modo de conceber e praticar cuidado no âmbito da saúde mental.

A Figura 1 a seguir trata-se de uma sistematização gráfica proposta por Yasui (2010, p. 110) na qual reúne elementos que considera ilustrativos para a compreensão da mudança de um modelo psiquiátrico para o novo modelo assistencial.

**FIGURA 1** - Principais características do modelo psiquiátrico e da Atenção Psicossocial

|                                | Modelo psiquiátrico                         | Atenção Psicossocial/<br>Novo modelo assistencial |
|--------------------------------|---|---|
| Objeto                         | Simplex doença mental                       | Complexo<br>Existência-sofrimento                 |
| Pressuposto teórico-conceitual | Campo das neurociências                     | Campo transdisciplinar                            |
| Estratégias de intervenção     | Isolamento e<br>Predominantemente biológica | Predominância da<br>diversidade e da invenção     |
| Agente do cuidado              | Médico                                      | Coletivos   |
| Lugar do cuidado               | Hospitalização                              | Rede e intersetorialidade                         |
| Prática social                 | Exclusão/violência                          | Inclusão e solidariedade                          |

Fonte: (YASUI, 2010)

### 2.3 ALGUNS APONTAMENTOS PARA PODER SEGUIR

Dos percursos apresentados acerca da constituição da Reabilitação Psicossocial e da Atenção Psicossocial no Brasil importa refletir sobre suas histórias, posto que tais histórias possibilitam inferências sobre como estas noções foram sendo constituídas, compreendidas, transformadas e operacionalizadas, refletindo o “jeito brasileiro” de fazer cuidado em saúde mental. “Jeito brasileiro” que pode ser traduzido em diretriz, a qual guarda os princípios, valores e pressupostos norteadores das práticas sem, no entanto, enquadrá-las em padrões, conservando-lhes a liberdade inventiva e criativa de projetar ações de cuidado.

Ainda, o percurso histórico evidencia que, enquanto a Reabilitação Psicossocial parece “chegar” ao Brasil como uma espécie de importação de uma perspectiva teórico-metodológica italiana e aqui assumir diversas formas e concepções, como já abordado anteriormente, a Atenção Psicossocial parece intitular a própria experiência brasileira de transformação e de conformação de um campo assistencial consequente à somatória de lutas, militâncias, experiências pioneiras emblemáticas e referenciais teórico-práticos.

Assim, ainda que Reabilitação Psicossocial e Atenção Psicossocial possam, num primeiro instante, fazer supor duas histórias que culminam em dois caminhos, isso se dissipa na prática quando se compreende que é na confluência entre elas que reside o verdadeiro

“jeito brasileiro” de fazer cuidado em saúde mental. Isso não significa ignorar a força de tais histórias - o que contrariaria toda a construção e defesa até aqui feitas – mas antes, compreende-las como horizonte do processo de transformação da assistência em saúde mental no Brasil.

Feitas as apresentações e considerações acerca da origem da Reabilitação Psicossocial e Atenção Psicossocial no Brasil, no capítulo seguinte estas são abordadas a partir de autores que têm buscado dar maior precisão e materialidade a estas noções, ofertando subsídios para sua teorização e operacionalização na prática.

## CAPÍTULO 3

### **3 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: RESGATANDO FUNDAMENTOS E CONCEITOS ESTRUTURANTES**

A proposta de Reabilitação Psicossocial apresentada por Benedetto Saraceno tem influenciado, de maneira substancial, as transformações no âmbito da assistência em saúde mental brasileira (LUSSI; PEREIRA; PEREIRA JUNIOR, 2006), tendo as discussões acerca desta concepção se iniciado, no país, no final da década de 1980 (BALLARIN; CARVALHO, 2007). Assim, explorar e compreender sua fundamentação teórica impõe incursões profundas pelo referencial oferecido pelo autor. Isso implica em encontrar, nas nuances dos conceitos constituintes desta, pontos de conexão que tecem uma rede de significados e constitui um corpo teórico – e porque não metodológico – cuja contribuição vem sendo, como apontado pelos autores supracitados, balizar as políticas de saúde mental no âmbito da saúde pública, a organização e funcionamento dos serviços, bem como as práticas dos profissionais que se dedicam a assistência às pessoas em sofrimento psíquico.

Dessa forma, considera-se importante um resgate dos conceitos e fundamentos da Reabilitação Psicossocial, bem como uma discussão crítica acerca da operacionalização desta no âmbito da assistência no Brasil.

Uma definição bastante difundida considera que,

A reabilitação não é a substituição da desabilitação pela habilitação, mas um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos [...]. Daí, podemos dizer que a reabilitação é um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, para sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente: a dinâmica da negociação é contínua e não pode ser codificada de uma vez por todas, já que os atores (e os poderes) em jogo são muitos e reciprocamente multiplicantes (SARACENO, 2001a, p. 111- 112).

A perspectiva apresentada, diferente de muitos modelos formalizados de reabilitação que surgiram na literatura e que diziam respeito a um processo do sujeito de passar de um estado de desabilitação para o de habilitação (SARACENO, 2001a), coloca luz sobre o coletivo, ou seja, transcende a noção de um percurso individual e autorreferido do sujeito e evidencia a importância das trocas entre a pessoa em sofrimento psíquico e sua comunidade, seus familiares, serviços e profissionais para que haja transformação no processo de experiência do sofrimento.



Trata-se de produzir propostas que tenham como meta não a normalização do sujeito “desabilitado”, mas que tenham na diversidade a força motriz para induzir mudanças nas regras de convivência (SARACENO, 2011).

Esta concepção é encontrada no modelo de redes múltiplas de negociação, que coloca em cena a participação, de forma que o objetivo não deve ser o de retirar os considerados fracos da condição de fracos para estarem no jogo com os fortes “[...] e sim que sejam modificadas as regras do jogo, de maneira que deste participem fracos e fortes, em trocas permanentes de competências e interesses” (SARACENO, 2001a, p.113). É somente a partir desta dinâmica de trocas que se pode construir um real efeito “habilitador” (SARACENO, 2001a).

Argumenta-se que esta condição revela a centralidade do aspecto social, ou seja, é preciso um investimento no contexto, nas relações e na comunidade como um todo para que o diferente possa habitar, já que poder trocar e participar é, como aponta Saraceno (2001c), pré-condição para que haja o estabelecimento de relações entre as pessoas.

O que está colocado nas práticas que se orientam por esta concepção é a noção de negociação, ou seja, “[...] as oportunidades de trocas materiais e simbólicas são oportunidades precedentes na construção da capacidade relacional do sujeito” (SARACENO, 2001c, p.151). Nessa direção, a palavra negócio refere-se à negação do ócio, este tido como isolamento, solidão, exclusão, portanto, negociar alude ao processo de troca entre pessoas, seja esta afetiva ou material (SARACENO, 2011), retirando o sujeito da exclusão, solidão e marginalidade social.

Saraceno (2001a) considera que o louco de Basaglia é o sujeito social condenado à perda de contratualidade cada vez maior, seja esta social, afetiva, econômica ou civil. Assim, o que se deve buscar é justamente a reconstrução dos vínculos sociais, da contratualidade e do acesso às trocas.

Para que se alcance esta condição, a reabilitação deve se comprometer com a reconstrução da cidadania e da contratualidade dos sujeitos nos três principais cenários da vida: o habitat, a rede social e o trabalho (SARACENO, 2001b).

Argumenta-se que os três cenários apresentados pelo autor oferecem à noção de Reabilitação Psicossocial um eixo estruturante em torno do qual se articulam os principais conceitos, dando materialidade à teoria e viabilizando a compreensão sobre como proceder com esta no cotidiano da prática profissional. Além disso, são estes cenários que, quando

devidamente trabalhados, possibilitam a experiência do “Reabilitar”. Esta argumentação encontra respaldo na afirmação de Saraceno (2016, p.25) para o qual,

A construção da plena cidadania, ponto fundamental da reabilitação psicossocial, depende de variáveis que operam contra, ou operam a favor da contratualidade em casa, no trabalho e na rede social. Tudo que está contra isso, está contra a reabilitação. Tudo que está a favor disso, é uma variável que coopera para reabilitação.

Dada a importância atribuída pelo autor a tal estrutura organizada a partir dos três cenários, explorar-se-á, na sequência, cada um deles com vistas a elucidar seus aspectos relevantes.

### ***Casa/habitat***

A noção de **casa/habitat** alude não só à casa física em que se mora, ou ao próprio hospital psiquiátrico em situações de internação, mas busca evidenciar os espaços físicos que a pessoa acessa e a relação desta pessoa com tais espaços, ou seja, no sentido da apropriação, do sentimento de pertencimento, de uma relação subjetiva que permite ao sujeito agir em determinado espaço, exercer “poder” sobre ele e fazer escolhas. Saraceno (2001a, p. 114), a partir desta perspectiva, estabelece a diferença entre o estar e o habitar um espaço. Enquanto o primeiro demonstra uma escassa ou inexistente apropriação de determinado espaço pelo sujeito e a ausência de poder de decisão, seja concreta ou simbolicamente, o segundo diz de um senso de propriedade mais amplo, “[...] um grau de contratualidade elevado em relação à organização material e simbólica dos espaços e dos objetos, à sua divisão afetiva com outros”. Assim, o processo de reabilitação psicossocial deve estar comprometido com a casa, mas principalmente com o habitar.

Com a noção de casa, nos referimos ao complexo de experiências concretas de aquisição-reaprendizagem do uso dos espaços, da orientação de usar o tempo segundo linhas não institucionais, da capacidade de uso dos objetos e oportunidades da vida cotidiana; mas, também: a possibilidade de revisitar a própria casa passada, as raízes e os lugares, as memórias e as impossibilidades; a noção de casa, portanto, pressupõe a existência de uma casa presente (SARACENO; STERNAI<sup>11</sup>, 1987 apud SARACENO, 2001a, p. 116).

---

<sup>11</sup> SARACENO, B.; STERNAI, E. Questioni de riabilitazione. **Rivista Sperimentale di Freniatria**, v.111, p. 1507 – 1517. 1987.

A partir da citação anterior, apreende-se que a casa pode ser concebida também como metáfora que alude a qualquer espaço em que se possa exercitar o habitar em detrimento do estar.

Evidencia-se, portanto, que um dos aspectos basilares no que tange a contratualidade e a qualidade de vida de um sujeito vem expresso pelo quanto o estar em um lugar se converte em habitar este espaço, posto que estar e habitar são condições distintas (SARACENO, 2001a). Para Saraceno (2001a, p. 116), “Trata-se de manter separados, na linha teórica, as duas noções (casa e habitar) para compreender que as funções da reabilitação aludem seja a uma conquista concreta (a casa), seja à ativação de desejos e habilidades ligadas ao habitar”.

### ***Rede social***

A **rede social** diz respeito às trocas sociais realizadas pelos sujeitos nos vários espaços que acessam; os encontros viabilizam as trocas e o reconhecimento de si pelo sujeito (SARACENO, 2001a).

Para Saraceno (2001a), a “desabilitação” também reflete a diminuição da rede social tanto em quantidade quanto em qualidade, começando pela rede social mais próxima do sujeito representada pelo núcleo familiar. Aponta que, em geral, o sofrimento da rede familiar, conseqüente à convivência com o sujeito em sofrimento psíquico, tem influência na qualidade da rede social ampliada e vice-versa, justificando a importância do trabalho reabilitativo incidir sobre as “diversas” redes do sujeito.

### ***Trabalho com valor social***

Sobre o eixo **trabalho**, Saraceno (2001a) aponta que não é possível propor trabalho (enquanto um elemento constituinte do processo de reabilitação) às pessoas em sofrimento psíquico sem antes refletir sobre o sentido social atribuído a este e deste para o sujeito. Assim, é fundamental que o trabalho possa ser compreendido pelo sujeito como uma inserção laborativa, com sentido, identificação, e não como o simples desenvolvimento de tarefas descontextualizadas, como ocorria nos hospitais psiquiátricos. Nessa direção, ter o trabalho como um dos eixos sobre o qual é preciso aumentar a contratualidade do sujeito pressupõe considerar o quanto o trabalho possa ser uma forma de sustento de vida e mesmo uma forma de realização pessoal, aspectos balizados pelo valor social atribuído a este, bem como ao quanto trabalhar se relaciona com um projeto de vida para o sujeito.

Posto isso, alcança-se a questão fundamental da Reabilitação Psicossocial, que é a construção da real cidadania do sujeito (SARACENO, 2001b). Ressalta-se, no entanto, que a cidadania não se refere simplesmente à reconquista de direitos formais pelo sujeito, mas antes, daqueles direitos concebidos como substanciais, ou seja, de ordem afetiva, relacional e material onde, de fato, reside a verdadeira reabilitação (SARACENO, 2001a).

Argumenta-se que os 3 eixos/cenários apresentados pelo autor são úteis na medida que têm potencial para informar as práticas no campo da saúde mental a respeito de quais âmbitos da vida dos sujeitos importam ser olhados, compreendidos e amparados em processos de mudança. Ressalta-se, no entanto, que a compreensão sobre os três eixos necessita ser ampla e contextualizada para que efetivamente se constitua em estratégia de cuidado que abrange toda complexidade implicada na experiência do sofrimento psíquico, bem como a singularidade do sujeito que a vivencia.

É possível sugerir que a noção de Reabilitação Psicossocial aqui apresentada, sendo descendente da perspectiva de desinstitucionalização italiana e compartilhando dos fundamentos desta, compactua com a ideia de que

O que interessa, em particular, valorizar, com respeito à desinstitucionalização, é sua função de restituição da subjetividade do indivíduo na sua relação com a instituição; mais precisamente, é a possibilidade de recuperação da contratualidade, isto é, de posse de recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social (SARACENO 2001a, p. 133).

Nessa direção, outro ponto de análise fundamental no processo de Reabilitação Psicossocial diz respeito aos serviços que se destinam ao cuidado das pessoas em sofrimento psíquico.

Saraceno (1998) considera que a cisão entre sujeito e contexto deu origem à história da psiquiatria e a Reabilitação Psicossocial viabiliza, de maneira conceitual, romper com esta separação, introduzindo, dentre outros, o elemento serviço no escopo de análise. Nesse sentido, aponta-se que “[...] é decisiva a influência da variável “lugar” seja sobre procedimentos, seja sobre os resultados da reabilitação” (SARACENO, 2001a, p. 111).

Temos história natural dos pacientes, história natural de pessoas com as enfermidades mentais. Temos história natural de serviços. Serviços e pacientes se encontram num espaço que é o contexto. Existe o contexto micro-familiar do paciente, existe o contexto macro do paciente que é sua comunidade, sua cidade e também o contexto do serviço. Então não existem os sujeitos sem os contextos e nem os contextos sem sujeitos; não existem os serviços sem sujeitos e contextos (SARACENO, 1998, p. 27).

Na perspectiva supracitada, Saraceno (1998) aponta três grandes erros que marcam a psiquiatria desde sua criação:

1 – acreditar que uma enfermidade mental se desenvolve no sujeito descolado de um contexto. Trata-se de uma visão típica da psiquiatria de orientação biológica, a qual considera haver problema em neurotransmissores que desencadeiam o acometimento, ignorando vínculos e relações com o contexto;

2 – considerar que a enfermidade evolui inserida em um contexto micro familiar e macro social do sujeito. Esta é a psiquiatria que se denomina biopsicossocial e, embora pareça conceber a enfermidade em sua complexidade, considerando os três aspectos que o termo sugere, não garante que as intervenções sejam biopsicossociais, já que pode haver psiquiatras com esta orientação, mas inseridos em serviços que não se organizam por esta perspectiva;

3 – os tratamentos, que se caracterizam por intervenções apenas farmacológicas, psicoterápicas. O problema novamente é que não há tratamento por si só, assim como não há enfermidade sem contexto, o que resulta em tratamentos abstratos.

Os elementos com maior impacto no curso do adoecimento estão apenas parcialmente nos tratamentos, os demais residem justamente no tipo de serviço que oferta assistência a este sujeito. Os serviços, em geral, ofertam as mesmas opções de tratamento, sejam elas farmacológicas, psicoterápicas, apoio social, entretanto alcançam, por vezes, resultados distintos, o que reafirma que a maior influência não é o tratamento, mas antes a organização do serviço (SARACENO, 1998).

É preciso investigar quais são os determinantes, as variáveis que influenciam o curso da experiência do adoecimento e esta é a responsabilidade dos serviços, identifica-las e dar suporte aos fatores de proteção coibindo também os fatores de risco (SARACENO, 1998). Nessa direção, Saraceno (2001a, p. 94) considera que no âmbito da prática não há uma tecnologia que se aplique a um sujeito “[...] mas simplesmente uma práxis que, utilizando o conhecimento do “patrimônio de riscos e proteções” que o sujeito detém, o acompanha na construção de espaços negociáveis”.

No que diz respeito ao serviço prestado, são variáveis distribuídas entre os extremos micro e macro neste que irão demarcar os resultados obtidos. Assim, no micro tem-se o aspecto afetivo, a verdadeira relação estabelecida entre sujeito e profissional traduzida no investimento de tempo, afetividade e trocas. No macro se inscrevem aspectos como a

organização do serviço, seu tempo de funcionamento, sua permeabilidade em relação à comunidade, se satisfaz usuários e profissionais, bem como sua habilidade de utilização de recursos, sejam estes institucionais ou comunitários. Tratam-se, pois de variáveis de políticas de saúde mental e que determinarão se as técnicas, independente das adotadas, produzem efeito ou não (SARACENO, 2001b).

Saraceno (2001a) aponta que um serviço de qualidade é aquele que apresenta grande integração interna e externa, ou seja, onde predomina a fluidez entre conhecimentos e recursos.

Um serviço de saúde mental de alta qualidade é um sistema de espaços físicos e de recursos humanos capaz de interagir com a atenção básica de saúde, com outros setores do sistema sanitário, com outras agências sociais e com a comunidade circundante. O serviço deve ser constantemente atravessado e habitado pelos usuários e pelos profissionais de saúde mental. O serviço não deve ser o distribuidor de uma oferta fechada, ou seja, pré-definida (SARACENO, 2011, p. 99).

Considerando a dimensão complexa do processo de Reabilitação Psicossocial e a importância, dentre outros, do serviço enquanto espaço qualificado capaz de acolher e cuidar das experiências de sofrimento e das subjetividades, concorda-se com Saraceno (1998), para quem o dever do serviço é auxiliar a pessoa que, em algum momento, deixou de produzir sentido em sua vida. Essa interrupção na produção de sentido pode ser de ordens diversas, seja na direção de não conseguir gerar trabalho, de não conseguir gerar relações afetivas ou de não conseguir gerar relações sociais.

Assim, de acordo com o autor, reabilitar significa então, promover a retomada da contratualidade do sujeito e de sua capacidade de produzir sentido (SARACENO, 1998). É com esta dimensão que o serviço deve se comprometer.

A reabilitação como apresentada por Benedetto Saraceno, sugere que esta ocorre ao longo do processo de assistência prestada ao sujeito, ou seja, justamente por não se tratar de uma técnica, não está condicionada a um momento posterior, quando há ausência de sintomas, por exemplo, mas, e principalmente, por se tratar de uma exigência ética, a busca por espaços de troca, contratualidade, cidadania e inclusão social precisam ser metas constantes no exercício do cuidado independente do momento vivido pelo sujeito.

Assim, argumenta-se que, se um serviço de saúde mental se orienta por esta perspectiva, então se presume que, desde a chegada do sujeito, toda a construção da assistência deve prever ações e estratégias que respondam a essa premissa.

Pitta (2001a) considera que, no sentido instrumental, a Reabilitação Psicossocial se apresenta enquanto um conjunto de serviços e programas cuja operacionalização visa facilitar a vida de pessoas que vivenciam acometimentos severos e persistentes.

Ainda, compreende que,

Enquanto os modelos clássicos de reabilitação Psicossocial a postergam para uma fase “após a remissão dos sintomas”, as experiências brasileiras têm se caracterizado por uma boa clínica acontecendo, simultaneamente, às ações psicossociais e extraclínicas, que garantem chances de sobrevivência digna àqueles que estão sendo acompanhados em Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial, esses embrionários dispositivos sócio-sanitários onde se ensaia o bom cuidado para os transtornos mentais severos de longa evolução (PITTA, 2001b, p. 8).

Talvez da forma como apresentado pela autora supracitada possam parecer aspectos distintos, ou seja, a clínica - enquanto prática médica, farmacológica e interventiva - em um polo e as ações psicossociais em outro que devem se unir. Compreensão semelhante parece vir sustentada no primeiro documento produzido pelo Ministério da Saúde - que trata sobre o funcionamento e dever dos CAPS - intitulado *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*, o qual traz, dentre suas afirmações, a de que uma das missões desses dispositivos é garantir cuidados clínicos e de Reabilitação Psicossocial à população atendida (BRASIL, 2004).

A despeito das observações aqui realizadas, argumenta-se que a compreensão que se deve preconizar é justamente a da integração, ou seja, as distintas “terapias”, ações sociais, de trabalho, lazer, possibilidades de trocas, todas estas juntas devem configurar o processo de Reabilitação Psicossocial.

Apona-se que, no Brasil, a concepção de reabilitação tem se modificado sob a influência do movimento de Reforma Psiquiátrica e da criação de serviços substitutivos ao hospitalar, sendo esta mudança evidenciada pela conceituação e pelas práticas que constituem a Reabilitação Psicossocial atualmente (FIORATI, 2010).

Nessa direção, dentre as formulações teórico-práticas produzidas, destacam-se os estudos de Costa-Rosa (2000) sobre o Modo Psicossocial.

Para o autor,

A elaboração das práticas do modo psicossocial é tributária de diferentes movimentos sociais e científicos e vários campos teóricos. A compreensão mais ampla de sua complexidade exige incursões pela teoria da análise política de instituições, teoria da análise institucional, teoria da constituição subjetiva e elementos de análise da história dos principais movimentos institucionais internacionais no campo da saúde mental e suas repercussões no contexto brasileiro:

psiquiatria de setor e psicoterapia institucional (França), antipsiquiatria e comunidade terapêutica (Inglaterra), saúde mental comunitária (EUA) e movimento de desinstitucionalização (Itália) (COSTA-ROSA, 2000, p. 142).

O autor defende que as diferentes práticas produzidas no campo da saúde mental em oposição ao Modo Asilar, no Brasil, são, num primeiro momento, elaboradas sob a influência de algumas das experiências internacionais supracitadas. No entanto, considera que as contribuições oriundas destas experiências têm sido incorporadas e metabolizadas de forma a viabilizar a construção de um paradigma completamente novo (COSTA-ROSA, 2000).

Costa-Rosa (2000) propõe analisar o campo da saúde mental de forma paradigmática e para tanto, parte da análise das práticas produzidas a partir de dois polos: o político-ideológico e o teórico-técnico. Assim, propõe a designação de dois modos das práticas em saúde mental, ou seja, o Modo Asilar e seu antípoda emergente, o Modo Psicossocial.

Os modos das práticas assim apresentados são sustentados pela noção de alternatividade, que pressupõe que dois modelos de atuação só podem ser alternativos se forem contraditórios entre si, “E dois modelos serão contraditórios se a essência das suas práticas se encaminhar em sentidos opostos quanto a seus parâmetros basilares” (COSTA-ROSA, 2000, p. 144).

Neste sentido, o Modo Psicossocial vai surgindo a partir de oposições substanciais às práticas desenvolvidas no Modo Asilar; num primeiro momento por meio de críticas à ideologia dominante deste modo e de sua dimensão teórico-técnica e, num momento seguinte, por meio de ações práticas fundamentadas nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica (COSTA-ROSA, 2000).

Sob este argumento, Costa-Rosa (2000) propõe elucidar os componentes que constituem as práticas tanto do Modo Asilar quanto do Modo Psicossocial, sob quatro parâmetros e que permitem apontar estes modos como paradigmas distintos.

Os quatro parâmetros principais, componentes do paradigma das práticas em saúde mental são (COSTA-ROSA, 2000):

- 1) Concepção de objeto e dos meios de trabalho – referindo a maneira como se concebem saúde-doença-cura e os instrumentos utilizados para o manejo destas;
- 2) Modalidades de organização da instituição – alusão às formas de relações intra-institucionais, ou seja, seu aspecto organogramático e as diferentes maneiras de metabolização dos poderes;
- 3) Modalidade de relacionamento com a clientela atendida;



#### 4) Modalidades dos efeitos produzidos no que se refere à terapêutica e ética.

Com esta estrutura, o autor apresenta as características de cada um dos modos, a partir dos quatro parâmetros principais, alinhando pares de opostos acerca das práticas, evidenciando os aspectos alternativos e defendendo o surgimento do Modo Psicossocial como um novo paradigma.

O Modo Psicossocial como apresentado se trata de uma primeira estrutura teórica e de análise paradigmática do campo da saúde mental produzida por Costa-Rosa (2000) e, desde então, vem sendo trabalhada e aprimorada pelo autor e pelos membros do Grupo de Pesquisa Saúde Mental e Saúde Coletiva da UNESP (COSTA-ROSA, 2013). Foi formulado buscando evidenciar os elementos que caracterizam os dispositivos da Atenção Psicossocial. Neste sentido, busca dar maior precisão para o campo que tem sido denominado Atenção Psicossocial (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

A partir desta teorização, em 2003 Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003) apresentaram uma primeira definição de Atenção Psicossocial como um campo que busca superar, de maneira dialética, o padrão identificado nas ações e discursos da Reforma Psiquiátrica. Ressaltam, nesta ocasião, a busca pela diferenciação entre Atenção Psicossocial e Reabilitação Psicossocial.

A Atenção Psicossocial se insere no campo da Reforma Psiquiátrica e vem subsidiando diversas ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas que buscam substituir o Modo Asilar e, por vezes, o próprio paradigma psiquiátrico (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003). Nesse sentido,

Sua origem remonta a uma série de contribuições vindas das diferentes experiências históricas que incluem, sobretudo, a Psiquiatria de Setor e Comunitária, a Antipsiquiatria, a Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria Democrática Italiana; além da contribuição das políticas públicas e das experiências locais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). De modo geral, os elementos teóricos subjacentes a essas experiências passam principalmente pelas idéias sociológicas e psicológicas, pelo Materialismo Histórico, pela Psicanálise e pela Filosofia da Diferença (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003, p. 31).

Costa-Rosa (2013) considera que o termo psicossocial, que denomina o paradigma da Atenção Psicossocial, quando de seu surgimento no contexto da saúde mental aludia apenas às questões psíquicas e sociais secundárias às ações psiquiátricas. Entretanto, ao ser nutrido por contribuições oriundas dos movimentos radicais de crítica à psiquiatria e por construção

teórica das práticas dos CAPS e dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) alcança o status de conceito, dando contorno a um novo campo da práxis. Nesse sentido, a Atenção Psicossocial se caracteriza por um conjunto de práticas, saberes e políticas que têm buscado ultrapassar uma Reforma Psiquiátrica que se restringe à reforma da Psiquiatria (COSTA-ROSA, 2013).

A Atenção Psicossocial está inscrita no campo da Saúde Mental Coletiva brasileira, constituindo e buscando responder às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Sob esta perspectiva, atualmente se destaca como política pública do Ministério da Saúde no Brasil “[...] delimitando um campo de saberes e práticas atravessado por um ideário ético-político substitutivo ao da psiquiatria hospitalocêntrica e medicocentrada, subordinada ideologicamente, mas ainda dominante nas práticas cotidianas” (COSTA-ROSA, 2013, p. 9).

Este conjunto de amplas transformações teóricas e práticas reunidas na política de saúde mental autoriza a apresentação da Estratégia Atenção Psicossocial (EAPs) à maneira da Estratégia Saúde da Família (ESF) (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

Procuramos conceituar a EAPS como lógica capaz de transcender os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como dispositivos isolados (mesmo que organizadores da Atenção no Território) e que procura situá-los radicalmente nas diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A EAPS pauta a Atenção Psicossocial na territorialidade; integralidade; princípio da participação popular e dos trabalhadores no planejamento, gestão e controle dos dispositivos e ações em Saúde; finalmente, a EAPS deverá pautar-se na nova definição de saúde criada a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986. Saúde como variável-efeito dos processos de produção social da vida cotidiana num território; muito longe, portanto do âmbito das ações de Atenção, por menos alienada que estas cheguem a ser (COSTA-ROSA; YASUI, 2009, p. 125).

Exponentes da proposta de Atenção Psicossocial, já em 2003, lançam questões, reflexões e evidências que buscam sustentar a Atenção Psicossocial como novo paradigma no campo da Saúde Mental Coletiva. Neste texto, realizam uma análise sobre o surgimento do termo psicossocial e exploram elementos inscritos no processo de Reforma Psiquiátrica que permitem sua qualificação como conceito; problematizam as locuções **Reabilitação Psicossocial**, **Apoio Psicossocial** e **Atenção Psicossocial** que começam a surgir na década de 1980 e que passam a subsidiar ações de políticas públicas alcançando a atualidade; finalizam buscando sustentar a hipótese da Atenção Psicossocial como novo paradigma no campo da prática em saúde mental (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

A partir de uma análise etimológica das palavras **Apoio**, **Atenção** e **Reabilitação**, expõem argumentos que sustentam a escolha pela palavra Atenção para formar a locução

Atenção Psicossocial (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003). Neste contexto, defendem que,

Dar e prestar atenção, acolher, receber com atenção, tomar em consideração, levar em conta e escutar atentamente, chegam a designar uma parte fundamental do contorno que se pretende imprimir às ações de Atenção Psicossocial nas práticas em Saúde Mental no contexto brasileiro atual. Veremos que aí se expressam, de modo bastante claro, certos princípios atinentes, sobretudo, à forma das relações dos agentes institucionais e das próprias instituições como dispositivos, com os sujeitos usuários e suas demandas (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003, p. 22).

Apontam que o termo Apoio ao designar, entre outros, “Tudo o que serve de sustentáculo ou suporte. Auxílio, socorro [...]” (FERREIRA, 1993, p. 38), parece se aproximar de algumas práticas em saúde mental, apesar de ser praticado de maneira pontual e deixar dúvidas sobre o quanto, de fato, anseia o status de conceito. Consideram que este termo, da forma como foi utilizado no âmbito da política pública, logo se deslocou ao termo Atenção (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

No tocante ao termo Reabilitação tecem críticas que apontam para o seu caráter de retorno, reversão, volta a condições já vividas anteriormente. Refletem ainda sobre se a Reabilitação Psicossocial, de fato, avança enquanto campo de prática transformadora no âmbito da saúde mental ou se apenas se apresenta como um antigo significante para um novo conceito. Concluem que, embora haja importante investimento para a ampliação do escopo de alcance da Reabilitação Psicossocial, principalmente no que diz respeito aos aspectos éticos e políticos, existem dificuldades reais na opção pelo uso de um termo que se esgotou em seu sentido e que direciona justamente para o caminho contrário ao que pretende seguir (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

Consideram que Reabilitação Psicossocial e Atenção Psicossocial têm circulado de maneira mais expressiva no campo da saúde mental e, por vezes, são utilizadas como sinônimos, entretanto, na realidade, atribuem significados diferentes ao referente a que se designam (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

Apresentam nesta direção a hipótese de que o conceito Atenção Psicossocial, ao englobar as diversas práticas e sustentar um aspecto ético, se faz capaz de incluir, além de seu sentido próprio, os dos conceitos Apoio Psicossocial e Reabilitação Psicossocial, sem extinguir suas contribuições e especificidades. “Em outros termos, parece-nos que a Atenção Psicossocial é capaz de superar o Apoio Psicossocial e a Reabilitação Psicossocial, porém conservando-os” (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003, p. 23).

A exposição feita acerca dos fundamentos e conceitos estruturantes da Reabilitação Psicossocial e Atenção Psicossocial suscita questionamentos: São compreendidas como

aportes teóricos distintos no contexto das práticas de cuidado no Brasil ou como um único referencial? Como se convertem em ações concretas dos profissionais do campo?

Ainda que se verifiquem correspondentes entre ambas a partir do exposto e algumas respostas a estas perguntas por parte de autores da Atenção Psicossocial, certamente cabem ainda esclarecimentos, reflexões e investigações, especialmente a partir das elaborações e reflexões produzidas pelos profissionais diretamente envolvidos com o cuidado e com o campo.

Ainda que os autores da Atenção Psicossocial venham sustentando esta como um novo paradigma instituído, resta saber se esta representa algum consenso no contexto nacional, seja no âmbito das políticas de saúde mental, documentos norteadores, teóricos do campo da saúde mental e, principalmente, profissionais dos serviços.

Trapé e Onocko Campos (2017, p. 7), em estudo recente cujo objetivo foi analisar o estágio atual do modelo de atenção à saúde mental do SUS, concluem, dentre outras, não se tratar de medida excessiva a existência de um Índice de Atenção Psicossocial - considerando a condição atual do modelo de Atenção Psicossocial – o qual, por meio de indicadores, fosse capaz de apreender os principais elementos que constituem a atual política e seus objetivos, e com isso embasar a prática de profissionais e gestores do campo, bem como identificar fragilidades a serem superadas. Justificam a importância de relacionar os achados do referido estudo às práticas profissionais e institucionais sob o argumento de que “[...] a reprodução de modelos divergentes pode ser sustentada na particularidade das relações micropolíticas”.

Assim, argumenta-se que a compreensão acerca da perspectiva que vem orientando as práticas no campo da saúde mental é importante para que os diálogos se estabeleçam de maneira efetiva e que serviços, políticas e práticas possam configurar a tão almejada rede de cuidados pautada em princípios éticos, políticos e ideológicos convergentes, preservando a autonomia presente na inventividade e pluralidade das práticas operadas neste campo.

## CAPÍTULO 4

### **4 TRANSFORMAÇÕES NO CAMPO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL E A NECESSÁRIA CONSTRUÇÃO DE NOVAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS**

“Praticar” saúde mental é uma demanda que se apresenta para o campo da assistência em saúde no geral e, portanto, compete aos distintos profissionais que se dedicam ao cuidado em suas diversas áreas. Trata-se de uma exigência consequente às mudanças nas diretrizes que vêm orientando e formatando este campo nos últimos anos em nível nacional, inclusive sob recomendação da Organização Mundial da Saúde. Nesse sentido, cabe a todos os profissionais proceder e auxiliar no cuidado de pessoas em sofrimento psíquico, sejam elas pessoas que sofrem angústias, ou aquelas que fazem uso abusivo de substâncias ou as que ouvem vozes, reduzindo, dessa forma, a cisão entre saúde física e saúde mental (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

Sob esta lógica, a saúde mental parece vir incorporada a uma definição de saúde que se apresenta mais ampla, inclusiva e flexível, ou seja, a uma ideia de saúde que “[...] resulta de um conjunto de condições – físicas, vivenciais, econômicas e socioculturais, entre outras – que determinam maior ou menor número de opções para as populações modificarem, alterarem ou ainda manterem suas condições de acordo com o que acreditam e desejam ser o melhor” (CARVALHO; CECCIM, 2006, p. 160).

A saúde concebida desta forma solicita a implantação de uma nova maneira de ofertar cuidado nesse campo, sendo necessário um contingente de profissionais capacitados para atuar nessa lógica de atenção. Nessa direção, o campo da saúde mental, imerso nesse contexto, tem como desafio identificar tais profissionais e “[...] discutir as possibilidades que, através da formação, possam contribuir para oferecer uma atenção integral e resolutiva aos portadores de sofrimento psíquico, com objetivo do alcance da autonomia [...]” (BELMONTE, 2006, p. 197).

No tocante à qualificação profissional necessária para a atuação no campo, Amarante (2010) considera que muitos dos obstáculos enfrentados no âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira (com destaque para aqueles relativos à rede e às políticas) são consequentes à falta de formação específica dos profissionais para atuação no campo da saúde mental e para lidar com o novo, com as experiências inovadoras que frequentemente este campo inaugura e solicita. Pontua, assim, que a formação profissional é um aspecto fundamental, uma vez que é

por meio dela que novos conceitos, novas teorias, novas políticas e concepções de loucura, saúde mental devem ser apresentados, trabalhados e problematizados.

O autor ressalta ainda que existem muitos profissionais atuando em CAPS, em Centros de Convivência e outros dispositivos da rede de assistência em saúde mental sem, no entanto, apropriação da concepção destes dispositivos, sem conhecimento acerca do processo histórico de construção desse sistema e, portanto, sem condições de operar novas transformações nestes que se fazem periodicamente necessárias. Prossegue afirmando: “Para mim, ousar avançar significa fundamentalmente centrar a formação na questão epistemológica” (AMARANTE, 2010, p. 98). Apesar disso, ainda que o aspecto teórico-conceitual (ou epistêmico) seja primordial, seja o alicerce da constituição profissional, costuma ser, contraditoriamente, o menos trabalhado ou, ainda pior, praticamente omitido dos espaços de formações relativas ao campo da saúde mental e Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2015b).

Para Costa, Almeida e Assis (2015), a Reabilitação Psicossocial e seus desígnios inaugura, no âmbito da saúde mental, um novo campo epistêmico que, ao ser assumido e operacionalizado por profissionais, acadêmicos e gestores públicos, visa garantir aos sujeitos em sofrimento psíquico o acesso e a vivência de princípios humanos básicos. De maneira complementar, e resgatando a centralidade da qualificação profissional, Oliveira (2007) considera que o intento pela superação do modelo médico-psiquiátrico e a construção do modelo da Atenção Psicossocial em seu lugar, exige dos profissionais novas estratégias e habilidades, as quais ainda ou não estão incorporadas aos processos formativos, ou apresentam-se nos currículos de forma descontextualizada e frágil.

Esta condição denuncia uma fragilidade importante na formação profissional, a qual certamente compromete a necessária transformação do “saber-fazer” profissional com vistas a responder aos princípios, valores e objetivos ensejados pelo campo atualmente. Nesse sentido,

Para as pessoas que atuam na área da saúde mental, assim como todos aqueles que trabalham no campo das ciências sociais e humanas (e não apenas estes), seria importante aprender a refletir sobre os conceitos e processos que definem o que é ciência, como se produz o conhecimento, como este se legitima; sobre os limites da ciência, sobre a noção de paradigma e de estruturas paradigmáticas, sobre as relações entre saber e poder, sobre as relações entre saber e hegemonia, dominação, economia, sobre as relações entre ciência e história (AMARANTE, 2015b, p. 102).

A implantação efetiva de um modelo assistencial, cuja orientação seja pautada pela compreensão ampla do processo saúde-doença, bem como as pessoas e/ou grupos sociais (em suas distintas dimensões e necessidades) sejam assumidos como centro da intervenção, exige mudanças radicais em toda estrutura relativa ao trabalho com o cuidado e com a promoção de

saúde. Isso implica em assumir a integralidade em todas as ações ofertadas pelo sistema, exigindo transformação nas estratégias de cuidado empregadas, na dinâmica do trabalho, no serviço e, principalmente, na formação graduada dos profissionais que operam esse sistema (MÂNGIA; MURAMOTO, 2006). Tudo isso passa, em última instância, pela discussão em torno da Reabilitação Psicossocial e Atenção Psicossocial, nomenclaturas que carregam consigo a história do processo de transformação assistencial em saúde mental, bem como muitos dos pressupostos teóricos, técnicos, políticos e sociais operados atualmente no contexto das práticas de cuidado.

Verifica-se que, a despeito de toda a inovação no campo da saúde mental – traduzida na atual conformação, organização e funcionamento dos serviços e subsidiada por parâmetros teóricos, práticos, políticos, ideológicos e socioculturais – algo que não se supera é a necessária compreensão, pelos profissionais, de todo esse arranjo complexo e sua operacionalização no cotidiano da assistência.

Nesse sentido, o enfoque na formação profissional, como defendido por Amarante (2010), revela-se condição primeira para qualificar o cuidado que se realiza nos serviços, uma vez que estes atores (os profissionais) representam parte importante da força motriz desse sistema. Toda essa discussão parece ser pressuposto e fazer coro com o posicionamento assumido por Costa-Rosa (2013, p. 102), para quem “[...] é imprescindível a apropriação socializada, entre todas as profissões, do saber já disponível no campo da Atenção Psicossocial como ponto de partida mínimo, para sua crítica e eventual implementação, nas situações singulares de cada grupo de trabalhadores e de cada território”.

Diante do exposto justifica-se a importância da compreensão e apreensão das noções de Reabilitação Psicossocial e Atenção Psicossocial pelos “operadores do cuidado”, posto que, como já apresentado em seções anteriores, estas guardam boa parte, ou traduzem, elas próprias – no caso, a Atenção Psicossocial – o percurso histórico de transformação da assistência em saúde mental no Brasil, carregando consigo elementos (conceitos, princípios, valores, teorias, críticas e políticas) que dão materialidade e sustentação ao campo atualmente e que devem ser de apropriação dos profissionais para que possam fazer o cuidado acontecer.



#### 4.1 INFLUÊNCIAS DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA TRANSFORMAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL DA TERAPIA OCUPACIONAL NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL: UM PROCESSO EM CONSTRUÇÃO

*“O caminho de uma profissão é o caminho do desempenho de funções sociais, é o caminho de suas construções teóricas e das consequentes práticas (ou técnicas) utilizadas, é, enfim, o caminho das diferentes concepções de homem e sociedade que dão sustentação à elaboração de seu saber” (MEDEIROS, 2003, p. 61).*

A profissão Terapia Ocupacional, assim como outras profissões, cumpre não só uma função social, mas também uma função ideológica. Enquanto uma prática inscrita no âmbito da assistência à saúde, sua origem localiza-se fortemente atrelada a uma prática psiquiátrica denominada tratamento moral. “Nesse sentido, pode-se dizer que a Terapia Ocupacional bebeu da mesma fonte ideológica que o tratamento moral desenvolvido no século XVIII” (MEDEIROS, 2003, p.61).

O tratamento moral se configurou como o primeiro modelo de intervenção terapêutica destinado às pessoas consideradas loucas (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001), tendo sido proposto, em 1798, por Philippe Pinel na França (MEDEIROS, 2003). Na condição de essência da atividade terapêutica praticada no asilo, o tratamento moral conferiu a esta instituição um caráter educativo especial, cuja função seria restaurar a condição do doente incutindo-lhe padrões de conduta a partir de procedimentos disciplinares coercitivos, bem como do afastamento do contexto social e familiar (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001).

Assim, na perspectiva desse modelo de tratamento, o ambiente, as relações sociais e as condições de vida do sujeito caracterizavam-se como estímulos negativos centrais e, portanto, aspectos que precisavam ser modificados, além da desorganização do comportamento do sujeito, os hábitos considerados inadequados e as reações desajustadas ao estresse. Portanto, o que se preconizava como tratamento era a correção dos hábitos inadequados e a instauração e manutenção de hábitos saudáveis com vistas a alcançar a normalidade do comportamento desorganizado. Para alcançar tais metas os sujeitos eram submetidos a programas cuja ênfase recaía sobre as atividades de vida diária padronizadas, desenvolvidas em ambientes adequados e ajustados que viabilizassem estímulos saudáveis ao doente. Ainda, preconizava-se o uso de estratégias morais, educativas, atividades cotidianas e de trabalho como forma de normalizar o comportamento (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001).

Dentre os “recursos terapêuticos” utilizados, vale destacar que



Uma das formas de sujeição dos doentes, dentro das estratégias do tratamento moral, foi a introdução do trabalho, com a utilização ordenada e controlada do tempo, como recurso terapêutico (uma ação mais próxima da laborterapia), pretensamente “ressocializante” por favorecer a aprendizagem da ordem e disciplina, e como forma de rentabilização econômica do asilo. Foi concebida uma estratégia com o objetivo de alcançar o equilíbrio financeiro dos asilos, baseada tanto na administração de internos pagantes como no trabalho gratuito dos internos, com formas de chantagem como a distribuição ou retenção de pequenos privilégios (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001. P. 23).

Sobre este aspecto Benetton (2006) aponta que o trabalho, enquanto dispositivo central do tratamento moral, instrumento terapêutico da prática médica e, portanto, prescrito por esta categoria profissional, foi o que determinou a relação bastante próxima entre médicos psiquiatras e terapeutas ocupacionais (TO's). Para Medeiros (2003), a perspectiva de tratamento moral, ainda que com algumas variações, de fato, foi resgatada pela Terapia Ocupacional no início do século XX, momento em que esta se estabelecia como profissão nos Estados Unidos, exercendo influência importante sobre o corpo da profissão.

No contexto brasileiro a perspectiva do tratamento moral também teve reverberações na constituição da Terapia Ocupacional. Segundo Soares (2007) a prática do tratamento moral, bem como a terapia pelo trabalho chegam ao Brasil junto da vinda da família real. A terapia pelo trabalho foi também nomeada laborterapia, ergoterapia e praxiterapia que, guardando algumas semelhanças entre si, acabam sendo substituídas por Terapia Ocupacional no processo de criação do curso e institucionalização da profissão no país na metade do século XX.

É importante compreender em que medida essa trajetória de constituição da profissão, bem como as influências de modelos e correntes de pensamento condicionaram uma determinada forma de conceber e utilizar a atividade pela Terapia Ocupacional em determinado período da história. Sobre este aspecto Nascimento (1990), em um clássico e importante artigo da área da Terapia Ocupacional, problematizou em 1990, de maneira crítica essa questão, trazendo para a arena de discussão a condição da atividade terapêutica enquanto um mito. Em suas palavras:

Estou chamando de mito da atividade terapêutica a crença, ainda comum entre os terapeutas ocupacionais, em que qualquer atividade pode ser terapêutica, desde que o profissional a utilize com esse *objetivo*, ou seja, se souber explorar as propriedades terapêuticas intrínsecas em cada atividade em pacientes e situações determinadas. Essa seria a essência da Terapia Ocupacional. Entendo como um mito uma construção fantasiosa ou ideológica – como neste caso – em torno de um fato real que o transforma numa entidade que tem vida própria, autônoma, indiscutível, quase sagrada. O que estou sugerindo é que a noção de atividade vem sendo tratada na Terapia Ocupacional como um mito (NASCIMENTO, 1990, p. 17, grifo da autora).

Importa ressaltar que a terapia ocupacional, desde seu surgimento, assumiu características de uma profissão da área da saúde, ora assumindo a condição de recurso, ora de instrumento e até de ato médico, tendo as concepções de saúde, doença e tratamento sempre variações relacionadas à produção de saber (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001). Ainda, sua institucionalização enquanto profissão é resultado do desenvolvimento da divisão do trabalho, o que aumentou sobremaneira a quantidade de especialidades no âmbito da assistencial social e da saúde. Isso significa que foi nesse contexto que se multiplicaram os cursos cujo enfoque era treinar pessoas para que estivessem aptas a aplicar atividades - como uma espécie de remédio - aos sujeitos acometidos das mais distintas afecções (NASCIMENTO, 1990).

Assim, a compreensão sobre o uso das atividades nos diferentes momentos históricos é fundamental para, justamente, ser possível apreender as distintas características assumidas pela profissão ao longo da história e dos contextos socioculturais (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001).

Verifica-se, pois, que um elemento comum (sem desconsiderar obviamente todos os determinantes sociais, políticos, econômicos e ideológicos do momento histórico) que produziu aproximações entre Terapia Ocupacional e psiquiatria foi o uso das atividades como estratégia de tratamento em suas distintas concepções, práticas e formas de operar. Nesse sentido, a história revela em que medida a Terapia Ocupacional surge nesta amálgama de concepções e práticas e igualmente vai, ao longo de sua constituição e institucionalização como profissão, buscando de maneira crítica e identitária libertar-se de determinadas ideologias, buscando construir outras e constituir-se profissionalmente a partir de outros referenciais neste campo. Ou seja,

As proposições da Terapia Ocupacional no campo da Saúde Mental têm acompanhado e respondido às influências e aos desafios de um contexto que envolve, a partir da crítica ao modelo tradicional da institucionalização psiquiátrica e da concepção de doença mental, uma série de deslocamentos no conjunto das proposições e desenvolvimento da capacitação das diversas categorias profissionais que atuam nesse contexto, suas formas de pensar e agir diante das questões colocadas pelas transformações das instituições e políticas de saúde e pela população atendida, especialmente aquela com transtorno mental grave (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001, p. 63).

Assim, é no contexto das transformações no âmbito da saúde mental - impulsionadas pelo processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, iniciada no final da década de 1970 - que se tem buscado compreender e localizar as propostas de cuidado engendradas pela Terapia Ocupacional (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001), uma vez que este processo tem influenciado as

concepções e práticas desenvolvidas por esta profissão, seja partindo da crítica e enfrentamento dos modelos vigentes, seja por meio de construções dialogadas com práticas emergentes no campo da saúde mental (LEÃO; SALLES, 2016). Tal intento vem subsidiado pelo referencial da desinstitucionalização em articulação com a essência das práticas descendentes dos processos de superação da lógica asilar, bem como das novas estratégias construídas como forma de viabilizar a interação com os sujeitos em sofrimento psíquico e em condição de exclusão (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001).

Destaca-se que o referencial da desinstitucionalização, ao elucidar primordialmente a necessidade de se desmontar as soluções pré-existentes para que o problema simbolizado pelo sofrimento psíquico seja efetivamente conhecido e contextualizado e assim sejam criadas novas estratégias de cuidado, convoca a Terapia Ocupacional a inovar suas práticas, sua forma de olhar e compreender as situações de sofrimento psíquico e exclusão social com as quais se depara. “Em outras palavras, isso implica, também, romper com o olhar, as modalidades de intervenção, as instituições, as formas de interação construídas em torno da “doença” e da “deficiência” como objeto abstrato e isolado que permeiam o campo da Terapia Ocupacional” (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001, p. 76).

Importa ressaltar que, no Brasil, a Terapia Ocupacional não só nutriu-se e aprimorou seu corpo teórico-metodológico a partir das inovações oriundas do movimento de Reforma Psiquiátrica, mas também se fez presente e ativa na militância pela mudança engendrada por tal movimento, evidenciando um real engajamento e disposição para a construção de um novo cenário e modelo de cuidado no âmbito da saúde mental. Nesse sentido,

Diversos trabalhos de terapeutas ocupacionais se inscreveram nas experiências de transformação institucional, a exemplo dos projetos realizados no Juqueri e no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas. Pautados na transformação da lógica asilar, eles tomaram como eixos condutores fundamentais: a compreensão do significado da instituição psiquiátrica na organização social, o entendimento do papel dos técnicos como portadores de mandato social e a compreensão sobre a população atendida em Terapia Ocupacional a partir de sua condição de exclusão social e de ausência de direitos. De acordo com essa perspectiva e a partir da ampliação e redimensionamento dos *settings* de Terapia Ocupacional e da noção de atividade, buscava-se construir espaços múltiplos de agregação, expressão e reflexão que viabilizassem a transformação do cotidiano institucional, a superação da condição de objeto das pessoas internadas e da violência como forma de relação (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001, p. 73, grifo das autoras).

Verifica-se, assim, que é pautado nos valores difundidos pelo movimento de Reforma Psiquiátrica e subsidiados por uma crítica acerca da função social desempenhada pelas atividades que os terapeutas ocupacionais vêm empreendendo esforços para que haja

transformação nas instituições e em suas estratégias de cuidado, mas também na relação estabelecida entre a sociedade e a concepção de loucura, viabilizando assim a ascensão real dos sujeitos cidadãos.

Ainda, verifica-se que as normativas sociopolíticas e clínicas influenciam as questões concernentes à assistência em saúde mental no Brasil, bem como circundam as discussões acerca do uso da atividade pela Terapia Ocupacional nesse contexto de atuação, indicando que esta é uma discussão que se inscreve no âmbito do diálogo acerca das mudanças na clínica do cuidado em saúde mental (CONSTANTINIDIS; CUNHA, 2016).

No que diz respeito à função da atividade, Ribeiro e Machado (2008) consideram que a Terapia Ocupacional, por ter a atividade como principal instrumento em sua prática e que traduz a vida cotidiana dos sujeitos, tem potencial para produzir ações que auxiliem os sujeitos a se tornarem protagonistas de suas vidas.

Resta claro que o movimento de Reforma Psiquiátrica e todas as mudanças subjacentes a este processo convocaram todas as distintas categorias profissionais envolvidas no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico a um processo de reflexão acerca de suas práticas, especialmente no que se refere às teorias de base, técnicas e ideologias que subsidiam cada uma destas categorias. Nesse sentido, no que diz respeito à Terapia Ocupacional, Costa, Almeida e Assis (2015) apontam que, a partir deste atual panorama e referenciais este profissional deve atuar auxiliando os usuários da saúde mental na construção real de um cotidiano de atividades e fazeres possível, viabilizando, com isso, transformações na maneira de gerir o cuidado no campo da saúde mental e, conseqüentemente, contribuir para a produção de novas maneiras de pensar e praticar a Terapia Ocupacional. Ribeiro e Oliveira (2005) afirmam que tais transformações têm feito com que os terapeutas ocupacionais busquem se legitimar enquanto área de atuação e produção de saber, de forma que já tem sido possível verificar o investimento destes profissionais no aprimoramento de aspectos teóricos, práticos e mesmo políticos para o trabalho nos distintos serviços substitutivos da rede de cuidados em saúde mental.

Verifica-se que a Terapia Ocupacional, no campo da saúde mental, tem se pautado na perspectiva da Reabilitação Psicossocial para estruturar suas ações de cuidado, bem como para se inserir nos dispositivos substitutivos da rede de cuidados (ALMEIDA; TREVISAN, 2011). Cabe pontuar que os eixos componentes desta perspectiva, utilizados como ferramentas para viabilizar processos de inclusão social, assim como os princípios do paradigma psicossocial, vêm representando constructos importantes na orientação teórica e

prática destes profissionais (LEÃO; SALLES, 2016) resultando em novas conformações e estruturas para profissão.

Assim, nota-se que tem havido uma mudança na concepção de saúde mental no âmbito da Terapia Ocupacional, que tem havido também a possibilidade de construção de novos sentidos e compreensões sobre a atividade, bem como um redimensionamento do setting terapêutico, que se ampliou para além das salas de atendimento alcançando os espaços reais e contextuais de vida dos sujeitos (ALMEIDA; TREVISAN, 2011). Sobre este último, importa ressaltar que esta ampliação é fundamental para que as práticas atuais se encontrem no exercício dos direitos sociais e, portanto, transcendam o discurso técnico, alcançando a realidade social dos sujeitos com tudo o que ela comporta em termos de tensões, conflitos e contradições. Ou seja, a Terapia Ocupacional para que, de fato, atue em consonância com os pressupostos da Reabilitação Psicossocial precisa estar com os sujeitos nos bairros, lojas, praças, locais onde a vida acontece, possibilitando a promoção de um cuidado que tem como premissa básica a liberdade de criação de todos os envolvidos nessa construção (RIBEIRO; MACHADO, 2008).

Para que esta dimensão se efetive, um outro aspecto fundamental a se trabalhar é a contratualidade social do sujeito. Nesse sentido, o terapeuta ocupacional, num movimento de empréstimo temporário de seu poder contratual, tem potencial para auxiliar os sujeitos na efetivação e enriquecimento de suas trocas sociais (RIBEIRO; MACHADO, 2008), potencializando processos de entrada no circuito das relações e construções de redes de sociabilidade.

Não há dúvidas de que o comprometimento ético, político e técnico para a afirmação e sustentação do atual campo da saúde mental precisa ser assumido por todas as categorias profissionais e atores sociais envolvidos na assistência e cuidado às pessoas em sofrimento psíquico no que se refere à revisão periódica do arcabouço teórico-técnico das práticas engendradas – como já apresentado na seção anterior- entretanto, o “holofote” aqui colocado sobre a Terapia Ocupacional se justifica pela particularidade existente na história de constituição da profissão e sua estreita relação com todo o percurso de desenvolvimento da disciplina psiquiátrica e seus ditames.

Nesse sentido, parece legítimo refazer este itinerário histórico da profissão não simplesmente como quem revisita o passado com receio de sua atualização no presente, mas ao contrário, justamente para evidenciar que, a despeito de suas origens e mesmo sua trajetória de atuação respondendo à lógica imposta pela ideologia psiquiátrica, a categoria

profissional, em sua maioria, foi capaz de rever, de maneira crítica, seus instrumentais, teorias, conceitos e ideologias, dimensionando seu corpo teórico-metodológico para uma atuação condizente ao atual campo psicossocial. Nesse sentido, talvez, por ora, seja suficiente considerar que

[...] o que está em pauta, mais do que renomear ou reformar as terapêuticas ocupacionais, é recuperar a dimensão simbólica-criativa-desejante das ocupações, das atividades. Somente assim será possível avançar na direção de suplantar os tratamentos morais alienantes pertencentes ao Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (SHIMOGUIRI; COSTA-ROSA, 2017, p. 853).

Argumenta-se que o fundamental para a Terapia Ocupacional, bem como para qualquer outra profissão do campo da saúde mental, é ser capaz de compreender que uma prática condizente e ética com o campo psicossocial só se efetiva na medida em que se compreende sobre a delicadeza do cuidar e que a centralidade está realmente na pessoa que necessita de cuidado. Somente assim teorias, técnicas, instrumentos e atividades passam a ser promotores reais de oportunidades de acesso, de trocas, de cidadania, de vida.

## **5 OBJETIVOS**

### **5.1 OBJETIVO GERAL**

- Compreender e analisar as concepções teórico-práticas acerca da Atenção Psicossocial e da Reabilitação Psicossocial que vêm contribuindo para a conformação atual do campo de atenção em saúde mental no Brasil.

### **5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Compreender as concepções teórico-práticas atuais em curso no Brasil acerca da Atenção Psicossocial e da Reabilitação Psicossocial a partir da perspectiva dos trabalhadores de CAPS III;

- Identificar junto aos trabalhadores dos CAPS III que compõem a rede de saúde mental de um município do estado de São Paulo, como estas concepções se convertem em práticas de cuidado no cotidiano dos serviços;

- Identificar se os terapeutas ocupacionais dos CAPS III que compõem a rede de saúde mental de um município do estado de São Paulo observam particularidades nestas concepções para o núcleo profissional da terapia ocupacional e como contribuem para a atuação profissional.

## 6 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

*“O conhecimento científico é sempre uma busca de articulação entre uma teoria e a realidade empírica; o método é o fio condutor para se formular esta articulação. O método tem, pois, uma função fundamental: além do seu papel instrumental, é a “própria alma do conteúdo”, como dizia Lenin (1965), e significa o próprio “caminho do pensamento”, conforme a expressão de Habermas (1987)” (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 240)*

Trata-se de uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa constituída por um estudo teórico - reflexivo aprofundado e um estudo de campo.

Os estudos exploratórios preconizam essencialmente o desenvolvimento, o esclarecimento e a mudança de conceitos e pressupostos vislumbrando, num momento seguinte, a formulação de questões mais precisas que subsidiem estudos futuros. Nesse sentido, são realizados com vistas a apresentar um panorama geral em torno de um determinado fato (GIL, 2008).

Realizam-se estudos desse tipo geralmente quando determinado tema foi pouco ou nada explorado, sobre o qual se tem dúvida e, portanto, há dificuldade na formulação de hipóteses exatas e aplicáveis (GIL, 2008; SAMPIERI; COLLADO, LUCIO, 2006). Nesse sentido, os estudos exploratórios possibilitam a familiarização com eventos que são relativamente desconhecidos e sobre os quais existem poucas informações, de forma que sua realização acaba por determinar tendências sobre algo, apresentar um panorama sobre áreas, contextos e situações de estudo, bem como viabilizar a determinação da tônica de pesquisas futuras com maior rigor e adensamento (SAMPIERI; COLLADO, LUCIO, 2006). Tendem a ser estudos mais amplos, apresentando menor rigidez no planejamento e metodologia (GIL, 2008; SAMPIERI; COLLADO, LUCIO, 2006), de forma que “O produto final deste processo passa a ser um problema mais esclarecido, passível de investigação mediante procedimentos mais sistematizados” (GIL, 2008, p. 27).

No que se refere à abordagem qualitativa, Minayo (2014) afirma que esta se caracteriza como um método que se dedica ao estudo da história, das crenças, das relações, representações e percepções resultantes da leitura que os sujeitos fazem acerca de suas vivências, da maneira como produzem a si mesmos e seus instrumentais, bem como da forma como pensam e sentem os fenômenos de vida. Nesse sentido, se mostra mais adequado à investigação de populações específicas e demarcadas, de aspectos sociais produzidos por determinados sujeitos, bem como para a análise de comunicações e documentos. Ainda, possibilita a revelação de dimensões sociais pouco conhecidas, relativas a grupos específicos,



e permite a construção de novas abordagens e conceitos ao longo do processo investigativo. Tem como característica marcante a empiria e uma forma de organização do conhecimento produzido que permite compreender a dinâmica interna de grupos e processos estudados (MINAYO, 2014), o que autoriza afirmar que “É no campo da subjetividade e do simbolismo que se afirma a abordagem qualitativa” (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 244). É também sob este argumento que se justifica que o objeto da abordagem qualitativa refere-se a uma dimensão mais profunda dos processos e produções sociais, ou seja, aqueles expressos cotidianamente em nível de significados, crenças, motivações e valores (MINAYO; SANCHES, 1993).

Importa ressaltar que o principal material das investigações qualitativas é a palavra que se traduz em discurso cotidiano, esteja esse em nível intelectual, técnico, afetivo ou político (MINAYO; SANCHES, 1993). Nesse sentido,

[...] a fala torna-se reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles), e, ao mesmo tempo, possui a magia de transmitir, através de um porta-voz (o entrevistado), representações de grupos determinados em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 245).

## 6.1 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram da presente pesquisa, no total, 19 profissionais de nível superior que trabalham nos CAPS III (6 no total) que compõem a rede de saúde mental de um município do estado de São Paulo.

Antes de prosseguir com a explanação acerca dos participantes, é importante esclarecer alguns pontos que dizem respeito à seleção, organização e agrupamento destes, processo que resultou na composição de dois grupos distintos, cada um deles participando de uma determinada Etapa do estudo.

Assim, um grupo foi composto somente por terapeutas ocupacionais (participantes da Etapa 1 – 9 TO's) e o outro grupo foi composto por profissionais de distintas formações, estando previsto, inclusive, a participação também de terapeutas ocupacionais neste, embora isso não tenha se efetivado em função de nenhum TO ter se disponibilizado a compor este grupo (participantes da Etapa 2 – 10 profissionais de distintas formações).

O grupo composto por profissionais de distintas formações participou do grupo que estamos denominando de “Grupo Focal com Profissionais” cujo objetivo foi apreender a

compreensão da Reabilitação e da Atenção Psicossocial para estes, a forma como são operacionalizadas na prática e como compõem as ações de cuidado no dia a dia do trabalho dos profissionais. Ou seja, a ideia era dimensionar a maneira como este coletivo – na qualidade de profissionais representantes de equipes dos serviços e, portanto, com muitas ações e atribuições em comum e não focadas no núcleo profissional – pensava essa discussão, tanto em uma perspectiva teórico-reflexiva, quanto prática. Por isso pretendia-se que esse grupo fosse o mais diverso possível no que se refere à formação graduada dos participantes, sendo composto, inclusive, por terapeutas ocupacionais, constituindo uma espécie de “protótipo” de equipe naquela circunstância, produzindo discussões, reflexões e construções que traduzissem a perspectiva de um coletivo que tinha vivências e práticas de cuidado comuns e compartilhadas nos serviços.

O grupo constituído por terapeutas ocupacionais exclusivamente, diferente do anterior, participou do grupo que estamos denominando de “Grupo Focal com Terapeutas Ocupacionais” cujo escopo da discussão acerca das temáticas da Reabilitação e Atenção Psicossocial vinha subsidiado por algumas especificidades do núcleo profissional. Ou seja, o propósito era apreender de que maneira os terapeutas ocupacionais compreendiam, reconheciam e incorporavam, ou não, aspectos e contribuições da Reabilitação e Atenção Psicossocial para a profissão propriamente. Isso justificado pela particularidade de constituição e transformação da prática do terapeuta ocupacional no campo da saúde mental e pela influência que estas temáticas claramente tiveram nesse processo que se encontra registrado na história do desenvolvimento da profissão no Brasil, como se buscou evidenciar no capítulo teórico dedicado a essa discussão.

Portanto, a constituição de dois Grupos Focais distintos em sua composição, porém complementares naquilo que se compreendeu como horizonte da pesquisa a ser alcançado, visou atingir os objetivos gerais e específicos estabelecidos na pesquisa.

Feitos estes esclarecimentos, prossegue-se com a apresentação dos participantes e os critérios de seleção destes para compor o estudo.

### **6.1.1 Participantes da Etapa 1**

A Etapa 1 da pesquisa foi composta por 9 Terapeutas Ocupacionais trabalhadores de CAPS III.

A seleção dos participantes ocorreu a partir dos seguintes critérios de inclusão:

- terapeutas ocupacionais envolvidos diretamente no cuidado aos usuários do serviço;
- atuar no serviço há, no mínimo, 1 ano;
- aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Como critérios de exclusão adotou-se:

- terapeutas ocupacionais envolvidos diretamente na gestão do serviço, sem atuação direta no cuidado aos usuários;
- preencher o Formulário de Caracterização dos Terapeutas Ocupacionais dos Serviços, porém não comparecer ao 1º encontro de Grupo Focal com Terapeutas Ocupacionais.

### **6.1.2 Participantes da Etapa 2**

A Etapa 2 da pesquisa foi composta por 10 profissionais de nível superior trabalhadores de CAPS III.

A seleção dos participantes ocorreu a partir dos seguintes critérios de inclusão:

- profissionais de nível superior envolvidos diretamente no cuidado aos usuários do serviço;
- atuar no serviço há, no mínimo, 2 anos;
- aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

Como critérios de exclusão adotou-se:

- profissionais envolvidos diretamente na gestão do serviço, sem atuação direta no cuidado aos usuários;
- preencher o Formulário de Caracterização dos Profissionais dos Serviços, porém não comparecer ao 1º Encontro de Grupo Focal com Profissionais.

Importa esclarecer que o critério de inclusão (tempo mínimo de um ano de atuação no serviço) adotado para os participantes terapeutas ocupacionais se diferenciou em relação ao

dos demais participantes (tempo mínimo de dois anos de atuação no serviço) uma vez que um dos Grupos Focais, como já explicitado anteriormente, seria composto exclusivamente por terapeutas ocupacionais (Grupo Focal com Terapeutas Ocupacionais) e, portanto, deveria ser formado por, ao menos, um TO de cada serviço participante da pesquisa. Portanto, adotar o tempo mínimo de um ano foi a forma de tentar, ao máximo, garantir tal participação e viabilização do referido Grupo Focal. Ainda, tendo em vista o enfoque principal do objetivo do Grupo Focal com Terapeutas Ocupacionais e considerando o percurso histórico de transformação da prática desse profissional no campo da saúde mental e, portanto, seu envolvimento e familiaridade com as temáticas concernentes a este, avaliou-se que um ano de atuação no serviço seria um tempo mínimo razoável de vivências e construções práticas que qualificariam este profissional para participar da pesquisa.

E por fim, um terceiro aspecto que se sustenta a partir das justificativas anteriores, é a diferença de enfoque dos objetivos para o Grupo Focal com Terapeutas Ocupacionais e para o Grupo Focal com Profissionais (ainda que fossem complementares naquilo que se compreendeu como horizonte da pesquisa a ser alcançado). Ou seja, para este segundo Grupo, como a proposta era que a discussão produzisse elementos que traduzissem uma perspectiva dos profissionais na qualidade de equipe (portanto exigindo reflexões mais abrangentes sobre o campo que incluíam a lógica de funcionamento do serviço, suas funções, bem como a lógica do trabalho em equipe e suas distintas produções), então o critério de tempo de atuação no serviço há, no mínimo 2 anos, foi assumido como um tempo mínimo de vivências que viabilizaria a produção de reflexões e questionamentos acerca da atuação em equipe nesse dispositivo, qualificando tais profissionais para tal discussão em grupo.

## 6.2 CAMPO DA PESQUISA

O campo da pesquisa foi composto pelos 6 CAPS III que compõem a rede de atenção em saúde mental de um município do estado de São Paulo.

Justifica-se que a escolha pelos serviços CAPS III pertencentes ao município eleito se deu em função do reconhecimento histórico de seu importante protagonismo no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, bem como pela estruturação, funcionamento e robustez de sua rede de atenção em saúde mental. Trata-se de um município de grande porte que, segundo informações disponíveis no endereço eletrônico do Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística – IBGE (2017), contava com população de 1.080.113 pessoas, de acordo com o último censo realizado em 2010, e com população estimada, em 2017, de 1.182.429 pessoas. Ressalta-se que este município possui 6 CAPS na modalidade III, não havendo CAPS I e II. Estas informações foram consultadas pela pesquisadora por meio de acesso ao endereço eletrônico da Prefeitura Municipal de Saúde do município, bem como confirmadas por meio de contato telefônico junto ao responsável pela área de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde do município.

### 6.3 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Para coleta de dados foram utilizados 5 instrumentos, contemplando as distintas Etapas do estudo, como será apresentado. Ressalta-se que os instrumentos foram elaborados a partir da revisão da literatura e pautados nos objetivos estabelecidos na pesquisa.

- *Formulário de Caracterização dos CAPS III da Rede de Saúde mental do município* – este Formulário foi elaborado com vistas a traçar o perfil dos CAPS III participantes da pesquisa. Nesse sentido, foi composto por questões tais como data de inauguração do serviço; horário de funcionamento; área de abrangência; número de prontuários registrados e número de usuários atendidos mensalmente; média de idade dos usuários atendidos; porcentagem de homens e mulheres; número de profissionais que compõem a equipe e formação de cada um; projetos, programas e atividades oferecidas pelo serviço; vinculação do CAPS a outros serviços do município para a construção do cuidado e previsão de espaços no serviço para discussões teóricas sobre temas relativos ao campo da saúde mental (APÊNDICE C). Ressalta-se que o presente Formulário foi elaborado baseado no instrumento “Ficha de Caracterização do CAPSi”, oriundo do estudo de mestrado de autoria de Amanda Dourado Souza Akahosi Fernandes (2014)<sup>12</sup>.

#### *Instrumentos da Etapa 1*

Para esta Etapa foram utilizados 2 instrumentos, a saber:

---

<sup>12</sup>FERNANDES, A. D. S. A. **Cotidiano de adolescentes vinculados a um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi): realidade e perspectivas.** 2014. 134 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2014.

- *Formulário de Caracterização dos Terapeutas Ocupacionais dos Serviços* – este Formulário foi elaborado com vistas a caracterizar o perfil dos terapeutas ocupacionais participantes da pesquisa. Nesse sentido, foi composto por questões relativas aos dados pessoais e questões que versavam sobre a formação profissional (nome e cidade da Instituição de Ensino Superior; ano de ingresso e ano de conclusão do curso; tempo de exercício profissional; áreas de atuação e tempo em cada uma; serviços de saúde mental nos quais já atuou, bem como ações desenvolvidas; formações complementares; realização de cursos na área de saúde mental e contribuições destes para a prática profissional; participação em grupos de estudos e/ou de discussões no campo da saúde mental) (APÊNDICE D).

- *Roteiro para condução do 1º Encontro de Grupo Focal com Terapeutas Ocupacionais* – este roteiro preconizou nortear a discussão do grupo com terapeutas ocupacionais em torno dos objetivos da pesquisa e, portanto, sobre questões relativas à Reabilitação Psicossocial, Atenção Psicossocial, qual destas perspectivas adotam, contribuições para a atuação profissional, bem como a identificação de particularidades destas para a terapia ocupacional. Foi composto por 9 questões, sendo 1 disparadora e as demais organizadas em 3 blocos temáticos (APÊNDICE E).

### *Instrumentos da Etapa 2*

Para esta Etapa foram utilizados 2 instrumentos, a saber:

- *Formulário de Caracterização dos Profissionais dos Serviços* - este Formulário foi elaborado com vistas a caracterizar o perfil dos profissionais de nível superior participantes da pesquisa. Nesse sentido, foi composto por questões relativas aos dados pessoais e questões que versavam sobre a formação profissional (nome, cidade e estado da Instituição de Ensino Superior; curso de graduação em nível superior e ano de conclusão; tempo de exercício profissional; áreas de atuação e tempo em cada uma; serviços de saúde mental nos quais já atuou, bem como ações desenvolvidas; formações complementares; realização de cursos na área de saúde mental e contribuições destes para a prática profissional; participação em grupos de estudos e/ou de discussões no campo da saúde mental) (APÊNDICE F).

- *Roteiro para condução do 1º Encontro de Grupo Focal com Profissionais* – este roteiro preconizou nortear a discussão em grupo com os profissionais em torno dos objetivos

da pesquisa e, portanto, sobre questões relativas à Atenção Psicossocial e Reabilitação Psicossocial, buscando identificar a compreensão destas perspectivas pelos profissionais, qual delas adotam e como são convertidas em práticas de cuidado. Foi composto por 10 questões, sendo 1 disparadora e as demais organizadas em 3 blocos temáticos (APÊNDICE G).

## 6.4 PROCEDIMENTOS

### 6.4.1 Construção dos Roteiros de Grupo Focal

Os Roteiros de Grupo Focal foram elaborados a partir da revisão da literatura e pautados nos objetivos da pesquisa. Preconizaram elucidar a compreensão e operacionalização das perspectivas de Reabilitação Psicossocial e Atenção Psicossocial pelos profissionais de nível superior e terapeutas ocupacionais dos CAPS III do município eleito, de acordo com as especificidades e objetivos estabelecidos para cada um dos grupos constituídos.

Importa esclarecer aqui que as questões do Roteiro de Grupo Focal com Profissionais eram distintas das do Roteiro de Grupo Focal com Terapeutas Ocupacionais, embora guardassem entre si semelhanças em relação àquilo que, em essência, estava previsto no objetivo geral da pesquisa. Isso porque, como já justificado anteriormente, no Grupo Focal com Profissionais o objetivo era que aquele coletivo (prevendo a participação de terapeutas ocupacionais, inclusive), na qualidade de “equipe”, produzisse discussões e elementos que dissessem respeito a todos os envolvidos na prática do cuidado nos serviços, sem distinção de categorias ou especificidade do núcleo. Portanto, as questões eram abrangentes, de forma a contemplar todo e qualquer profissional que compusesse esse grupo. Houve ainda a preocupação de que este roteiro não repetisse questões que estavam no Roteiro de Grupo Focal com Terapeutas Ocupacionais (com objetivos cujo enfoque era o núcleo profissional e algumas especificidades) justamente para não enviesar ou tornar “tendenciosos” os resultados oriundos deste, caso tivesse havido participação de um mesmo TO nos dois grupos, o que não ocorreu, embora estivesse previsto.

O Grupo Focal se destaca como uma das técnicas cada vez mais utilizadas nas pesquisas de abordagem qualitativa. Trata-se de uma técnica de coleta de dados muito útil para a compreensão de diferenças entre grupos de pessoas acerca dos pontos de vista,

representações e compreensões, assim como para a compreensão dos elementos que produzem estas diferenças (GATTI, 2005).

Essa técnica se operacionaliza a partir da escolha de participantes que possuem características em comum, possibilitando uma discussão qualificada a partir da vivência destes com o tema, o qual será discutido de maneira coletiva. Ressalta-se que as interações estabelecidas e as trocas entre os participantes também são objeto de estudo do pesquisador a partir dos objetivos estabelecidos (GATTI, 2005). Nesse sentido, os encontros para as discussões grupais devem ser planejados de maneira cuidadosa, de forma a viabilizar que o ambiente de trocas seja acolhedor e permissivo, favorecendo a expressão dos participantes a partir de suas crenças, valores, atitudes, compreensões e representações da realidade vivida acerca de temática específica. O pressuposto é o de que tal expressão “seria mais facilmente captada durante um processo de interação em que os comentários de uns podem fazer emergir a opinião de outros, e em que o ambiente permissivo pode facilitar a expressão de emoções” (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996, p. 473).

Trata-se de uma técnica que pode ser utilizada com diversas finalidades, em diferentes contextos e na busca de análise de variadas questões, sendo indicada, dentre outros, em estudos do tipo exploratórios. Nesse sentido, responde de maneira positiva às produções de teorizações exploratórias, já que os elementos que emergem da interação grupal possibilitam a construção de novas categorias e compreensões acerca de uma temática, oferecendo alicerce para novas inferências relacionadas à problemática eleita (GATTI, 2005), ou seja, os produtos oriundos das discussões se revelam elementos potenciais para gerar teorias, verificar hipóteses e adensar o conhecimento em torno de temática específica (GONDIM, 2002). Assim, esta técnica mostrou-se adequada ao tipo do presente estudo, bem como condizente com os objetivos estabelecidos.

O trabalho com grupos focais permite compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais, compreender práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, comportamentos e atitudes, constituindo-se uma técnica importante para o conhecimento das representações, percepções, crenças, hábitos, valores, restrições, preconceitos, linguagens e simbologias prevalentes no trato de uma dada questão por pessoas que partilham alguns traços em comum, relevantes para o estudo do problema visado. A pesquisa com grupos focais, além de ajudar na obtenção de perspectivas diferentes sobre uma mesma questão, permite também a compreensão de ideias partilhadas por pessoas no dia-a-dia e dos modos pelos quais os indivíduos são influenciados pelos outros (GATTI, 2005, p. 11).



#### **6.4.2 Aspectos éticos**

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e, somente após sua aprovação<sup>13</sup>, deu-se início ao desenvolvimento da pesquisa (ANEXO 1).

#### **6.4.3 Contato com a Secretaria Municipal de Saúde e Serviços CAPS III do município**

Inicialmente foi realizado contato telefônico com a Secretaria Municipal de Saúde do município com vistas a solicitar orientação acerca dos procedimentos necessários para a concessão de autorização para a realização da pesquisa nos serviços CAPS III do município. A partir deste contato inicial, a pesquisadora foi orientada a entrar em contato com duas instâncias responsáveis pela análise e autorização de pesquisas no município: uma delas responsável pela gestão dos CAPS III e outra responsável pela gestão de pesquisas junto a serviços e profissionais da saúde, cuja autorização desta última foi emitida pelo secretário de saúde.

De posse das informações necessárias sobre os procedimentos, a pesquisadora levou pessoalmente o projeto de pesquisa e demais documentações solicitadas a estas instâncias no final do segundo semestre de 2016, tendo recebido autorização de ambas para a realização da pesquisa. Ressalta-se que, com estas autorizações em mãos a pesquisadora submeteu, na sequência, o projeto de pesquisa para apreciação no CEP e somente após emissão de parecer aprovado por este Comitê, em fevereiro de 2017, iniciou-se o contato com os serviços.

O primeiro contato ocorreu em junho de 2017, tendo sido realizada conversa por telefone com a assessora da superintendência da instância responsável pela gestão dos CAPS III do município, que forneceu os contatos telefônicos e e-mail de cada um dos gestores de CAPS III. Na sequência, foi enviada, a cada um dos gestores dos CAPS III, uma mensagem eletrônica onde constava apresentação da pesquisadora, apresentação da pesquisa, seus objetivos e solicitação para participação em reunião de equipe para apresentação do estudo, bem como realização de convite aos profissionais para participarem deste. Paralelamente,

---

<sup>13</sup>Parecer consubstanciado emitido pelo CEP com aprovação do projeto de pesquisa sob o **Número do Parecer:** 1.912.115, **CAAE:** 61773316.0.0000.5504

contatos telefônicos também foram realizados com estes gestores com vistas a viabilizar o agendamento das visitas.

Dos 6 CAPS III contatados, em 5 os gestores dos serviços consentiram a participação da pesquisadora em reunião de equipe e em 1, o gestor solicitou que a pesquisadora organizasse um resumo da pesquisa, seus objetivos e perfil dos participantes e lhe encaminhasse por correio eletrônico para que ele fizesse essa comunicação e convite à equipe. A participação nas reuniões de equipe nos demais CAPS III ocorreu no mês de junho de 2017.

A partir deste momento os CAPS III que compuseram este estudo serão identificados por letras do alfabeto de A a F como forma de garantir sigilo acerca da identidade destes, bem como a dos participantes.

#### **6.4.4 Contato com terapeutas ocupacionais e demais profissionais de nível superior dos CAPS III**

A partir dos agendamentos realizados pelos gestores para que a pesquisadora participasse das reuniões de equipe, que aconteceu em 5 dos 6 CAPS III, esta compareceu em dia, local e horário previamente agendados, se apresentou, explicou em detalhes a pesquisa aos profissionais, seus objetivos, esclareceu sobre as etapas de participação na pesquisa (preenchimento de Formulários e participação em encontros de Grupo Focal) e a liberdade de retirar o consentimento concedido para a participação na pesquisa a qualquer momento. Na ocasião, a pesquisadora já levou o TCLE para que os interessados em participar o assinassem, uma vez que o preenchimento dos Formulários ocorreria à distância, sendo enviados por mensagem eletrônica pela pesquisadora, antes da realização presencial do Grupo Focal.

Em cada um dos serviços em que a pesquisadora participou da reunião, após as orientações feitas sobre a pesquisa, foi realizado o convite a todos os profissionais, informando que seriam eleitos até 4 profissionais de cada serviço para compor a pesquisa, sendo estes divididos entre os respectivos Grupos Focais, ou seja, 2 TO's especificamente para compor o Grupo Focal com Terapeutas Ocupacionais e outros 2 profissionais para compor o Grupo Focal com Profissionais de nível superior (podendo este, como já esclarecido, contar também com a presença de TO's). Foi informado ainda que, caso houvesse mais de 2 pessoas interessadas para compor cada um dos Grupos Focais, a escolha ocorreria por meio de sorteio ou indicação do gestor do serviço, entretanto, esta medida não foi necessária. Importa ressaltar que esta estratégia foi adotada como forma de selecionar e reunir

um número de pessoas, em cada um dos Grupos Focais, condizente com o que sugere a literatura sobre Grupo Focal, ou seja, que cada um dos grupos fosse composto por uma média de 6 a 12 pessoas (GATTI, 2005).

Todos os terapeutas ocupacionais e outros profissionais que aceitaram participar da pesquisa naquele momento assinaram o TCLE. Além disso, forneceram seus contatos de e-mail para envio dos Formulários pela pesquisadora, bem como forneceram contato de telefone celular para que fossem incluídos num grupo de troca de mensagens, como será explicitado na sequência.

Na ocasião, os potenciais participantes também foram consultados sobre o melhor dia e horário para a participação nos Grupos Focais, ficando a pesquisadora responsável por montar 2 grupos no WhatsApp<sup>14</sup> - um com os terapeutas ocupacionais que comporiam o Grupo Focal com Terapeutas Ocupacionais e outro com os demais profissionais que comporiam o Grupo Focal com Profissionais de nível superior - para que a decisão final fosse pactuada coletivamente. Essa estratégia preconizou viabilizar a comunicação entre os participantes, bem como possibilitar que a decisão fosse compartilhada, além de buscar evitar faltas no dia da realização dos Grupos Focais.

Como já apontado anteriormente, em 1 dos serviços (CAPS III F) o contato e convite aos terapeutas ocupacionais e outros profissionais de nível superior foi realizado pelo gestor, uma vez que este considerou ser a melhor estratégia. Portanto, neste serviço, a pesquisadora não participou presencialmente da reunião de equipe como nos demais, tendo recebido por e-mail os nomes e contatos dos potenciais participantes enviados pelo gestor. Assim, com estes participantes o contato da pesquisadora foi realizado via mensagem de e-mail, na qual constavam informações gerais sobre a pesquisa, etapas de participação, os Formulários e o TCLE.

A seguir, apresentam-se no **Quadro 1** a situação inicial dos convites realizados e aceitos e o número final de pessoas que, efetivamente, participaram do estudo.

---

<sup>14</sup>O WhatsApp é um aplicativo gratuito utilizado para a realização de trocas de mensagens, que está disponível para Android e outras plataformas e que utiliza conexão com internet para que trocas de mensagens e chamadas sejam realizadas.

**Quadro 1 – Número final de participantes da pesquisa**

| <i>Serviço</i> | <i>Nº de pessoas que aceitaram o convite</i>                                   | <i>Nº final de participantes</i>  |
|----------------|--|---|
| CAPS III A*    | 2 profissionais de nível superior<br>2 terapeutas ocupacionais                 | 2 profissionais de nível superior<br>1 terapeuta ocupacional                  |
| CAPS III B     | 2 profissionais de nível superior<br>2 terapeutas ocupacionais                 | 2 profissionais de nível superior<br>2 terapeutas ocupacionais                |
| CAPS III C**   | 2 profissionais de nível superior<br>1 terapeuta ocupacional                   | 2 profissionais de nível superior<br>0 terapeutas ocupacionais                |
| CAPS III D     | 2 profissionais de nível superior<br>2 terapeutas ocupacionais                 | 2 profissionais de nível superior<br>2 terapeutas ocupacionais                |
| CAPS III E***  | 0 profissionais de nível superior<br>1 terapeuta ocupacional                   | 1 profissional de nível superior<br>2 terapeutas ocupacionais                 |
| CAPS III F**** | 2 profissionais de nível superior<br>2 terapeutas ocupacionais                 | 1 profissional de nível superior<br>2 terapeutas ocupacionais                 |
| <b>Total</b>   | <b>10 profissionais de nível superior</b><br><b>10 terapeutas ocupacionais</b> | <b>10 profissionais de nível superior</b><br><b>9 terapeutas ocupacionais</b> |

Fonte: elaborada pelo autor

Seguem alguns esclarecimentos para justificar o número final de participantes na pesquisa como consta no Quadro 1:

- No **CAPS III A\***, embora tenha havido aceite para participar da pesquisa e assinatura do TCLE por 2 terapeutas ocupacionais, pouco tempo depois 1 deles desistiu da participação, justificando impossibilidade de comparecer ao encontro de Grupo Focal no dia acordado pelo grupo. Portanto, neste serviço, houve a participação de apenas 1 terapeuta ocupacional.

- No **CAPS III C\*\***, houve aceite de apenas 1 terapeuta ocupacional para participar da pesquisa, entretanto, no dia da realização do Grupo Focal este não compareceu, portanto, não houve terapeuta ocupacional do CAPS III C participando da pesquisa.

- No **CAPS III E\*\*\***, no momento da visita nenhum profissional de nível superior se disponibilizou a participar da pesquisa e apenas 1 terapeuta ocupacional aceitou o convite.

Posteriormente, a pesquisadora foi contatada por profissional do serviço, que encaminhou o contato de 2 profissionais de nível superior e mais 1 terapeuta ocupacional interessados em participar da pesquisa, no entanto, no dia do encontro de Grupo Focal, 1 dos profissionais de nível superior não compareceu. Assim, neste serviço, participaram da pesquisa 1 profissional de nível superior e 2 terapeutas ocupacionais.

- No **CAPS III F\*\*\*\***, onde não houve participação da pesquisadora em reunião de equipe, o gestor encaminhou inicialmente, por e-mail, o contato de 2 profissionais de nível superior e de 2 terapeutas ocupacionais interessados em participar da pesquisa. No entanto, 1 dos profissionais de nível superior não atendia aos critérios de inclusão para participar da pesquisa e o outro informou indisponibilidade para participar do encontro de Grupo Focal, sendo, portanto, excluídos da pesquisa. No entanto, posteriormente, houve envio, pelo gestor, do contato de mais um profissional de nível superior interessado em participar da pesquisa. Assim, neste serviço, participaram 1 profissional de nível superior e 2 terapeutas ocupacionais.

#### **6.4.5 Coleta de dados**

##### *Envio dos Formulários*

Após contato com participantes, realização de convite e assinatura do TCLE por todos, a pesquisadora prosseguiu com o envio do Formulário de Caracterização do participante e do Formulário de Caracterização do CAPS III (este Formulário foi preenchido por 1 profissional de nível superior ou terapeuta ocupacional de cada CAPS III participante do estudo a partir da disponibilidade e aceite) por meio de correio eletrônico, como pactuado previamente. A mensagem encaminhada continha uma breve retomada da pesquisa, seus objetivos, suas etapas, bem como data, local e horário de realização de cada Grupo Focal, já previamente pactuada com os participantes por meio dos devidos grupos de WhatsApp. Todos os Formulários enviados foram preenchidos pelos participantes e encaminhados por meio de correio eletrônico à pesquisadora no período de julho a outubro de 2017.

## *Encontros de Grupo Focal*

### *Primeiro encontro de Grupo Focal*

O primeiro encontro de Grupo Focal com cada categoria de participantes (1 Grupo Focal com 9 Terapeutas Ocupacionais e 1 Grupo Focal com 10 profissionais de nível superior com distintas formações) ocorreu em dia, local e horário previamente agendados e definidos com os participantes por meio de trocas de mensagens via grupo no WhatsApp, na última quinzena do mês de julho de 2017. Vale ressaltar que, como previsto na literatura (GATTI, 2005), a composição de cada um dos grupos ocorreu a partir da seleção de participantes que apresentavam algumas características em comum (trabalhar em CAPS - há no mínimo 1 ano, no caso dos TO's, e há no mínimo 2 anos, no caso dos profissionais de nível superior – e estar diretamente envolvido na assistência ao usuário), segundo os objetivos da pesquisa e o problema de estudo que os qualificavam para a discussão do tema central, viabilizando a apresentação de conteúdos/elementos balizados pelas vivências cotidianas.

Os 2 Grupos Focais ocorreram em semanas distintas, porém subsequentes, em uma sala de um edifício localizado na região central do município. Trata-se de um espaço onde estão alocados serviços e secretarias sob responsabilidade da Prefeitura Municipal. A decisão pela escolha do espaço ocorreu a partir da ponderação de aspectos como: ser um local distinto e desvinculado do contexto de trabalho dos participantes (evitando possíveis constrangimentos ou desconfortos) e estar localizado em região de fácil acesso e conhecida por estes. Ressalta-se que a pesquisadora estabeleceu parceria com um estacionamento privado próximo ao local do encontro de Grupo Focal onde os participantes puderam deixar seus veículos, tendo os custos com o estacionamento corrido por conta da pesquisadora. Tais aspectos da organização prévia dos encontros foram pensados e operacionalizados a partir do que vem apontado pela literatura de Grupo Focal (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996).

Os participantes foram recebidos no local com um café da manhã, condição considerada importante para tornar o ambiente mais descontraído, acolhedor e também promotor de (re)encontros, diálogos - pois muitos já se conheciam - mas também promotor dos primeiros contatos e trocas entre desconhecidos. Compreendeu-se que cuidar da chegada dos participantes, bem como preocupar-se com o bem estar de todos, produziria uma atmosfera acolhedora, assim como a possibilidade de experimentarem “um cuidar” que contemplaria outras dimensões somadas às que seriam abordadas nas discussões disparadas em grupo.

Após este momento de aquecimento, trocas e diálogos iniciais, foi solicitado aos participantes que organizassem suas cadeiras em formato de roda. Cada participante recebeu um crachá com um número, sendo explicado que esta seria a forma de identificação de cada um para garantir o sigilo das identidades. No centro da roda foi colocada uma mesa de apoio para 2 gravadores. Sobre estes, os participantes foram informados previamente de que a discussão do grupo seria áudio gravada e posteriormente transcrita pela pesquisadora para uso apenas para fins de pesquisa. Após, a pesquisadora realizou orientações gerais sobre como se dariam as discussões no encontro, esclarecendo sobre a importância de todos ficarem à vontade para exporem ideias, concepções, percepções, enfatizando sobre não haver certo ou errado e mesmo sobre a importância da emergência de dissensos. Sobre este último aspecto, Gui (2003) aponta que, em um Grupo Focal, a busca é pela diversidade de ideias e concepções e não pelo consenso entre os participantes.

Foi informado, ainda, que o encontro duraria em torno de duas horas, como prevê a literatura.

Para a operacionalização dos encontros de Grupo Focal, em cada um deles a equipe foi composta por: **um moderador** - responsável por apresentar as questões disparadoras contidas num roteiro previamente organizado, fomentar a discussão e manejar as falas/discussões emergidas no grupo; **um observador** – responsável por registrar toda comunicação não verbal, ou seja, expressões faciais, corporais, conversas paralelas, reações individuais/grupais diante das questões apresentadas e/ou de falas de outros participantes do grupo, e **um relator**, função assumida pela pesquisadora, responsável por registrar o início de cada fala para posterior transcrição e identificação do autor desta.

Ressalta-se que tanto a função de **moderador** quanto a de **observador** foram assumidas por pessoas que apresentavam conhecimento sobre a temática do estudo e/ou eram parte da equipe de pesquisa. Destaca-se que as funções de moderador e observador se alternaram entre estas pessoas nos dois Grupos Focais (por exemplo: o moderador do Grupo Focal com Terapeutas Ocupacionais assumiu a função de observador no Grupo Focal com Profissionais) somente em função de organização e agenda disponível destes auxiliares.

Apenas a função de relator foi assumida pela mesma pessoa nos dois grupos, no caso a própria pesquisadora. Avalia-se que este rodízio nas funções assumidas por estes auxiliares não influenciou sobremaneira a dinâmica e produção dos Grupos, uma vez que, além das conversas e trocas prévias e posteriores à realização destes entre os sujeitos condutores dos

Grupos Focais, havia, entre todos, um consenso acerca da maneira de assumir cada um destes papéis/funções e proceder a partir deles nos Grupos.

Justifica-se, ainda, que a pesquisadora optou por assumir a função de relatora (função “mais neutra”) tanto no Grupo Focal com Terapeutas Ocupacionais quanto no Grupo Focal com Profissionais (única função que não foi rodiziada entre os condutores dos Grupos Focais), uma vez que considerou que seus questionamentos e reflexões latentes na ocasião poderiam comprometer a dinâmica do grupo, caso assumisse a função de moderadora, ou deturpar o registro das observações, caso assumisse a função de observadora. Importa informar que esta organização da equipe de condução do Grupo Focal é sugerida pela literatura como estratégia para captar toda forma de expressão e conteúdo emergido na discussão.

Após orientações gerais realizadas pela pesquisadora, esta apresentou os demais membros da equipe (moderador e observador), suas funções no grupo e sugeriu uma rodada de apresentações entre todos como estratégia para “quebrar o gelo”, colocar as pessoas já em contato e demarcar o início da discussão.

Os dois Grupos Focais tiveram duração média de duas horas e, ao término, a pesquisadora solicitou que os participantes de cada categoria (Grupo Focal com Terapeutas ocupacionais e Grupo Focal com Profissionais) permanecesse no grupo de WhatsApp montado para que houvesse novo contato para a realização de um segundo encontro de Grupo Focal, que seria posteriormente agendado nos mesmos moldes do primeiro. Este segundo encontro estava previsto na pesquisa e foi informado previamente no momento em que a pesquisadora fez o convite aos participantes, bem como constava no TCLE.

Justifica-se que este segundo encontro preconizou dar uma devolutiva aos participantes acerca do conteúdo produzido no primeiro encontro, validar tal conteúdo, bem como possibilitar novas construções. Alguns participantes expressaram expectativa em relação a este segundo encontro, especialmente pela possibilidade de discutirem aspectos mais teóricos e refletirem sobre os conteúdos produzidos.

#### *Segundo encontro de Grupo Focal*

O segundo encontro de Grupo Focal com cada categoria de participantes ocorreu na primeira quinzena do mês de fevereiro de 2018 em dia, local e horário previamente agendados e decididos com os participantes por meio de trocas de mensagens via grupo no WhatsApp.



Ressalta-se que, dos 9 TO's que participaram do primeiro encontro de Grupo Focal com Terapeutas Ocupacionais, 3 faltaram no segundo encontro, portanto, este encontro ocorreu com 6 terapeutas ocupacionais.

Em relação ao segundo encontro de Grupo Focal com Profissionais, dos 10 que participaram do primeiro, 4 faltaram no segundo, portanto, este encontro ocorreu com 6 profissionais de nível superior.

Os 2 Grupos Focais ocorreram em semanas distintas, em uma sala de reuniões de um dos serviços de saúde mental do município. A mudança de local foi necessária, pois para este encontro o espaço utilizado no primeiro não estava disponível, mesmo a solicitação tendo sido feita com meses de antecedência. Essa alteração foi justificada e compartilhada com todos os participantes e, diante das possibilidades de espaço no município, a maioria optou por um dos serviços de saúde mental disponíveis para a realização desta atividade. Embora esta condição contrarie, de certa forma, os apontamentos já realizados sobre a importância do local e de este, de preferência, não ser o serviço de origem de nenhum dos participantes, justifica-se que dentre as possibilidades, esta foi a escolha da maioria.

Neste segundo encontro, procedeu-se da mesma maneira que no primeiro, sendo garantido o espaço do café, trocas e acolhimento dos participantes. Ressalta-se que em ambos os Grupos, o encontro entre os participantes pareceu mais leve e descontraído, pelo menos inicialmente, o que favoreceu as trocas e discussões. Após este momento de aquecimento, foi solicitado aos participantes que organizassem suas cadeiras em formato de roda. Cada participante recebeu um crachá com o mesmo número de identificação recebido no primeiro encontro. Na sequência, procedeu-se com as orientações sobre a dinâmica que seria adotada, foram reforçadas informações sobre o uso dos gravadores, garantia do sigilo, transcrições e uso do material para fins de pesquisa, bem como duração média de duas horas do encontro.

Os participantes de cada um dos Grupos Focais foram orientados sobre os objetivos desse segundo encontro, ou seja, apresentar um compilado sobre os resultados do que foi produzido por cada um dos grupos no primeiro encontro de forma que, nesse momento, poderiam sugerir correções, fomentar novas discussões e validar ou não o conteúdo apresentado. Ainda, foram informados sobre novas questões a serem abordadas por meio de um segundo Roteiro para cada um dos grupos (APÊNDICE H e APÊNDICE I), o qual foi elaborado a partir do compilado do primeiro encontro, e cujo objetivo seria aprofundar algumas questões remanescentes do primeiro. Em ambos os grupos, houve participação ativa, novas considerações e validação do conteúdo produzido no primeiro encontro.

Para a operacionalização dos encontros de Grupo Focal, em cada um deles a equipe foi composta por: **um moderador**, função que neste segundo encontro foi assumida pela pesquisadora, uma vez que esta avaliou que neste momento, tendo sanado suas questões iniciais, assumir esta função não comprometeria a condução e autonomia do grupo, ao contrário, poderia facilitar algumas trocas e construções; e um **observador/relator**, função assumida por um dos integrantes da equipe da pesquisa que contribuiu no primeiro encontro dos Grupos Focais.

Os dois Grupos Focais tiveram duração média de duas horas e, ao término, a pesquisadora informou sobre o retorno da pesquisa aos participantes assim que esta fosse concluída.

#### **6.4.6 Análise dos Dados**

Os conteúdos dos Formulários foram analisados de maneira descritiva e os resultados oriundos dos encontros dos 1<sup>os</sup> e 2<sup>os</sup> Grupos Focais (com Terapeutas Ocupacionais e com Profissionais de nível superior dos serviços) foram submetidos à técnica de Análise Temática.

A Análise Temática é uma das técnicas contidas na Análise de Conteúdo, esta última caracterizada por um grupo de técnicas que se presta à análise das comunicações, tendo como matéria principal os significados atinentes ao material analisado (BARDIN, 2008).

Assim, na qualidade de uma técnica de análise das comunicações, fazer Análise Temática pressupõe encontrar os núcleos de sentido, ou os temas, que estão contidos na comunicação, sendo o tema “[...] a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (BARDIN, 2008, p. 131).

Sobre o tema, ressalta-se que, por vezes, é utilizado como unidade de registro com a finalidade de investigar aspectos que motivam crenças, valores, opiniões, tendências, dentre outros (BARDIN, 2008).

O material produzido em cada um dos dois encontros do 1<sup>o</sup> Grupo Focal (1 com Terapeutas Ocupacionais e 1 com Profissionais de nível superior) foi individualmente submetido à técnica de Análise Temática. Para proceder com esta, primeiramente cada sessão de Grupo Focal foi transcrita na íntegra. Na sequência, procedeu-se com a leitura exaustiva do material como forma de apreender seu conteúdo, bem como identificar os temas ou núcleos de

sentido que emergiram desse processo. De posse dos temas, estes foram agregados dando origem às categorias temáticas.

Quanto ao material produzido em cada um dos dois encontros do 2º Grupo Focal (1 com Terapeutas Ocupacionais e 1 com Profissionais de nível superior), procedeu-se com a análise do material da mesma maneira que foi feito nos supracitados, com a diferença de que nesse, os temas extraídos foram incorporados às categorias temáticas oriundas do 1º Grupo Focal de cada um dos grupos (1 com Terapeutas Ocupacionais e 1 com Profissionais de nível superior). Isso porque o material produzido pelos grupos nesse segundo encontro se mostrou complementar ao conteúdo das categorias já existentes, além de tal incorporação facilitar a compreensão sobre os desdobramentos da devolutiva do primeiro encontro e os processos reflexivos gerados no segundo, evidenciando uma espécie de organicidade entre os conteúdos produzidos nos distintos momentos e, em alguns casos, avanços naquilo que possa ter sido pensado e/ou proferido pelos participantes.

Assim, será destacado em cada uma das categorias temáticas de cada um dos grupos, quando o conteúdo abordado for oriundo do 2º encontro do Grupo Focal, buscando ainda revelar os impactos, influências e modificações que possam ter havido no conteúdo produzido do 1º para o 2º Encontro de Grupo Focal.

## 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos conteúdos que emergiram das discussões em Grupo Focal, temas foram identificados, extraídos e reunidos, dando origem a categorias temáticas, como será apresentado a seguir.

Ressalta-se que serão apresentados, separadamente, os resultados e as categorias temáticas de cada um dos Grupos Focais – Grupo Focal com Terapeutas Ocupacionais e Grupo Focal com Profissionais de nível superior, sendo apenas 1 das categorias uma espécie de híbrido, ou seja, ela foi formada a partir de conteúdos oriundos tanto dos Grupos Focais de TO's, quanto dos Grupos Focais de Profissionais de nível superior, isso porque tais conteúdos se assemelharam muito em ambos os grupos. Ainda, considerou-se que reunir estes resultados em uma única categoria seria a oportunidade de evidenciar as semelhanças nos posicionamentos dos participantes independente de categoria profissional ou participação em um dos Grupos Focais, tornando a categoria uma espécie de tradução do perfil das equipes dos serviços ali representadas pelos profissionais participantes.

Como já mencionado anteriormente, os temas oriundos de cada um dos Grupos Focais do 2º encontro foram incorporados às categorias temáticas geradas no 1º Encontro de Grupo Focal de cada um dos grupos, resultando em categorias temáticas únicas, ou seja, Categorias Temáticas oriundas dos Encontros de Grupo Focal com Terapeutas Ocupacionais, Categorias Temáticas oriundas dos Encontros de Grupo Focal com Profissionais de nível superior e a Categoria Temática híbrida denominada dificuldades e desafios enfrentados na produção do cuidado: reflexões a partir das perspectivas de Atenção Psicossocial e Reabilitação Psicossocial.

### **Categorias Temáticas oriundas dos Encontros de Grupo Focal com Terapeutas Ocupacionais**

*- Definindo conceitos e explorando suas dimensões: Reabilitação Psicossocial e Atenção Psicossocial*

*- Arranjos específicos da Reabilitação Psicossocial e desdobramentos para a prática do cuidado*

- *Implicações da Reabilitação Psicossocial e da Atenção Psicossocial para a Terapia Ocupacional: buscando raízes, tecendo conexões*

- *O que produzem os CAPS: tessitura do cuidado no “entre jogo” Reabilitação Psicossocial e Atenção Psicossocial*

### **Categorias Temáticas oriundas dos Encontros de Grupo Focal com Profissionais**

- *Atenção Psicossocial e Reabilitação Psicossocial: resgatando origens, definindo conceitos*

- *Aspectos relacionados à prática da Atenção Psicossocial e da Reabilitação Psicossocial*

### **Categoria Temática híbrida**

- *Dificuldades e desafios enfrentados na produção do cuidado: reflexões a partir das perspectivas de Atenção Psicossocial e Reabilitação Psicossocial*

Antes da apresentação e discussão das categorias temáticas, será apresentada a caracterização dos CAPS III, dos participantes da Etapa 1 e dos participantes da Etapa 2 que compuseram a pesquisa, cujo conteúdo é oriundo dos Formulários.

#### **7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CAPS III**

Por meio das informações disponibilizadas pelos respondentes do Formulário de Caracterização do CAPS III foi possível reunir dados que permitiram apresentar os 6 serviços CAPS III, campo deste estudo e local de atuação dos participantes da pesquisa, bem como suas características gerais.

O Quadro 2 a seguir ilustra as informações gerais sobre os serviços.

**Quadro 2 – Informações gerais sobre os CAPS III**

| <i>Serviço</i> | <i>Tempo de existência (anos)</i> | <i>Horário de atendimento</i> | <i>Área de abrangência</i>                  | <i>Nº de prontuários registrados</i>  | <i>Nº de usuários atendidos por mês</i> | <i>Média de idade dos usuários atendidos (anos)</i> | <i>% de homens e mulheres atendidos</i> |
|----------------|-----------------------------------|-------------------------------|---|---|---|---|---|
| CAPS III – A   | 15                                | 24 horas                      | Região Leste do município<br>-----          | 322   | 322                                     | 40 anos   | 60% homens<br><br>40% mulheres          |
| CAPS III – B   | 15                                | 24 horas                      | Região Sul/<br>Sudoeste<br>+/- 490 mil hab. | -----   | -----                                   | 47  | 53 % homens<br><br>47% mulheres         |
| CAPS III – C   | 17                                | 24 horas                      | Região Norte<br><br>+/- 200 mil hab.        | 303 usuários inseridos, mas o número de prontuários registrados é bem maior | 240                                     | -----   | 53,62% homens<br><br>46,38% mulheres    |
| CAPS III – D   | 16                                | 24 horas                      | Região Sudoeste<br><br>+/- 150 mil hab.     | 301 usuários inseridos  | 315                                     | 48  | 52% homens<br><br>48% mulheres          |
| CAPS III – E   | 14                                | 24 horas                      | Região Sudoeste<br><br>-----                | 400 usuários inseridos  | 400                                     | 35  | 70% homens<br><br>30% mulheres          |
| CAPS III – F   | 22                                | 24 horas                      | Região Noroeste<br><br>+/- 145 mil hab.     | 1738  | 400                                     | 38  | 58% homens<br><br>42% mulheres          |

Fonte: elaborada pelo autor  
----- questão não respondida

Verifica-se no Quadro 2 que todos os serviços CAPS participantes da pesquisa se enquadram na modalidade III, cujo funcionamento ocorre 24 horas, 7 dias por semana. O tempo de existência destes serviços variou entre 14 e 22 anos.

Quanto à área de abrangência destes serviços, as informações disponibilizadas dizem respeito à abrangência a partir da divisão do município por distritos de saúde. Verifica-se que, quando informado, a cobertura populacional do serviço variou entre 145 mil e 490 mil habitantes.

No que se refere à população atendida, verifica-se que, em relação ao número total de prontuários registrados em cada serviço, 1 deles não disponibilizou esta informação, em 3 foi informado apenas o número relativo aos usuários que estão inseridos atualmente e 2 serviços informaram o número total de prontuários registrados, sendo 322 e 1738.

Quanto ao número de usuários atendidos atualmente por mês em cada serviço, este variou entre 240 e 400, sendo que 1 dos serviços não disponibilizou esta informação.

A idade dos usuários atendidos variou entre 35 e 48 anos, sendo em todos os serviços a porcentagem de homens atendidos maior que a de mulheres.

Sobre a composição da equipe do serviço, o Quadro 3 a seguir ilustra essa realidade.

**Quadro 3 – Composição da equipe de trabalho nos CAPS III**

| <i>Serviço</i> | <i>Nº de profissionais que compõe a equipe do serviço</i> | <i>Categoria profissional dos membros da equipe</i>  |
|----------------|---|--|
| CAPS III - A   | 61  | Terapeuta Ocupacional – 3<br>Psicólogo – 6<br>Enfermeiro – 6<br>Assistente Social – 1<br>Médico Psiquiatra – 3<br>Monitor – 6<br>Técnico de Enfermagem – 19<br>Auxiliar de Enfermagem – 3<br>Auxiliar de Limpeza – 7<br>Auxiliar de moradia – 4<br>Assistente Administrativo – 2<br>Coordenador do serviço – 1 |
| CAPS III – B   | 69  | Terapeuta Ocupacional – 4<br>(sendo 1 gerente do serviço)<br>Psicólogo – 6 + 2 Residentes  |

|              |    |   |
|--------------|----|---|
|              |    | <p>Médico Clínico – 3<br/> Médico Psiquiatra – 2<br/> Médico Residente – 3<br/> Farmacêutico – 2<br/> Enfermeiro – 7<br/> Técnico de Enfermagem – 27<br/> Técnico de Farmácia – 1<br/> Auxiliar de Escritório – 1<br/> Assistente Administrativo – 1<br/> Serviços gerais/faxineiro, monitor e vigia – 10</p>               |
| CAPS III – C | 72 | <p>Técnico de Enfermagem - 28 (7 deles estão no SRT assistido pelo CAPS)<br/> Enfermeiro – 6<br/> Psicólogo – 7<br/> Terapeuta Ocupacional – 3<br/> Farmacêutico – 1<br/> Técnico de Farmácia – 1<br/> Médico – 8<br/> Vigia – 4<br/> Administrativo – 2<br/> Auxiliar de moradia – 3<br/> Higiene – 5<br/> Monitor – 4</p> |
| CAPS III - D | 63 | <p>Psiquiatra – 4<br/> Terapeuta Ocupacional – 5<br/> Psicólogo – 5<br/> Enfermeiro – 6<br/> Técnico de Enfermagem – 21<br/> Farmacêutico – 1<br/> Monitor – 5<br/> Auxiliar de Higiene – 7<br/> Auxiliar de Farmácia – 1<br/> Assistente administrativo – 2<br/> Vigia – 5<br/> Coordenador – 1</p>                        |
| CAPS III – E | 59 | <p>Terapeuta Ocupacional – 4</p>  |



|              |    |  |
|--------------|----|--|
|              |    | Psicólogo – 5<br>Assistente social – 1<br>Enfermeiro – 5<br>Monitor – 4<br>Gerente – 1<br>Técnico de Enfermagem – 18<br>Cuidador em saúde de SRT1 e SRT2 – 6<br>Assistente Administrativo – 2<br>Farmacêutico – 1<br>Técnico de Farmácia – 1<br>Auxiliar de Limpeza – 5<br>Vigia – 5   |
| CAPS III – F | 58 | Administrativo – 2<br>Vigia – 4<br>Monitor de CAPS – 2<br>Monitor de SRT – 2<br>Auxiliar de Moradia – 2<br>Higiene – 5<br>Coordenador – 1<br>Enfermeiro – 6<br>Técnico de Enfermagem – 19<br>Farmacêutico – 1<br>Técnico de Farmácia – 1<br>Terapeuta Ocupacional – 5<br>Psicólogo – 4<br>Assistente Social – 1<br>Médico Psiquiatra – 2<br>Médico Clínico – 1 |

Fonte: elaborada pelo autor

Quanto aos Projetos, Programas e Atividades que são oferecidas pelos CAPS III, o Quadro 4 a seguir ilustra os que foram informados pelos participantes e suas modalidades.

**Quadro 4 – Projetos, Programas e Atividades ofertadas pelo serviço**

|   |
|---|
| Atendimentos individuais  |
| Atividades Grupais: Grupos de Verbalização, Salão de Beleza, Grupo de Culinária, Grupo de Costura, Grupo de Caminhada, Grupo da Horta, Espelho Meu, Ateliê, Atividade em Centro de Convivência, Grupo de Família, Atividade Externa, Esportes, Grupo de Escrita, Grupo de Mulheres, Expressão Corporal, Grupo/Oficina de Futebol, Grupo de Terapia Ocupacional, Grupo de Notícias/Informativo, Grupo/Oficina de Passeio, Grupo de Teatro, Grupo Ecológico, Grupo Saúde e Beleza, Grupo de Leitura, Grupo/Oficina de Música, Grupo de Geração de Renda, Grupo de Dança, Grupo/Oficina de Cinema, Grupo de GAM [Gestão Autônoma da Medicação], Grupo Cartão Crise, Happy Hour das Moradias, Oficina Cultural, Oficina de Fotografia, Grupo de Pesca, Grupo de Jovens, Jornal Mural, Grupo de Cidadania, Grupo de Psicoterapia |
| Grupos de Referência realizados pelas mini equipes (Apontado por 3 CAPS)  |
| Grupo de Ambiência  |
| Acolhimento (Apontado por 2 CAPS)   |
| Permanência Dia   |
| Leito Noite   |
| Acompanhamento Terapêutico (Apontado por 3 CAPS)  |
| Visita/Atendimento Domiciliar (Apontado por 2 CAPS)   |
| Bazar (Apontado por 2 CAPS)   |
| Assembleias (Apontado por 4 CAPS)   |
| Conselho Local  |
| Atendimento Multiprofissional   |
| Dispensação de Medicação  |
| Rodas de Conversas (Apontado por 2 CAPS)  |
| Busca Ativa   |
| Atendimento Familiar (Apontado por 2 CAPS)  |
| Aniversariantes do Mês (Apontado por 2 CAPS)  |
| Acompanhamento e Suporte às Residências Terapêuticas  |

Fonte: elaborada pelo autor

Verifica-se no Quadro 4 que dos 6 CAPS, em 5 foi apontado o atendimento individual como modalidade de atividade ofertada pelo serviço. Ainda, a oferta de grupos se mostra expressiva em todos eles, revelando grande variedade, sendo apontado, com maior frequência, os seguintes Grupos:

- Grupo de Caminhada (apontado por 5 CAPS)
- Grupo de Culinária (apontado por 4 CAPS)
- Ateliê (apontado por 4 CAPS)
- Grupo da Horta, Grupo de Família, Grupo/Oficina de Futebol, Grupo/Oficina de Passeio, Grupo/Oficina de Música e Grupo de Geração de Renda (cada um dos Grupos apontado por 3 CAPS)
- Grupo de Esportes, Grupo de Mulheres, Grupo de Costura, Grupo de Notícias/Informativo, Grupo Saúde e Beleza, Grupo/Oficina de Cinema, Oficina de Fotografia e Grupo de Jovens (cada um dos Grupos apontado por 2 CAPS)

Destaca-se que em um dos serviços foi apontado um Grupo específico de Terapia Ocupacional.

No que se refere aos vínculos e parcerias estabelecidos entre os CAPS e demais serviços do município para a construção do cuidado ao usuário, os participantes apontaram os seguintes:

- Serviços de Atenção Primária em Saúde
- Centros de Convivência
- Serviços de Urgência e Emergência (SAMU, PA e PS)
- Leitos de Internação Psiquiátrica
- ONG (oferecem oficinas com diversas temáticas aos usuários)
- Rede de Saúde do Município – SUS
- Rede de Assistência Social do Município (CRAS, CREAS, ONG's)
- Rede de Assistência Jurídica (Defensoria Pública do Estado, Ministério Público)
- Rede de Educação (FUMEC, Escolas Estaduais e Municipais)
- Associação de Moradores
- Equipamentos Culturais (SESC, SESI)
- Hospital Municipal
- CAPS Ad/demais da cidade
- Universidades
- Projeto de Geração de Renda
- Consultório na Rua
- Comércio nas proximidades do serviço

Das parcerias apontadas acima, destaca-se que, dos 6 CAPS, em 5 foi apontada a parceria com os Serviços de Atenção Primária em Saúde e em 3 a parceria com os Centros de Convivência, revelando a importância destes dispositivos para a construção da rede de cuidados aos usuários. Os demais dispositivos foram apontados por 1 ou 2 CAPS.

Importa destacar que em um dos Formulários, o respondente sinalizou sobre a região em que se localiza o CAPS ser carente de serviços da rede para o estabelecimento de parcerias, apontando apenas os Serviços de Atenção Primária em Saúde e uma ONG como disponíveis para articulação do cuidado.

Finalmente, uma das questões do Formulário questionava se o serviço previa espaços para discussões teóricas em torno de temáticas relacionadas ao campo da saúde mental. Em todos os CAPS houve menção de espaços/contextos onde há alguma modalidade de discussão prevendo tal ação, sendo estas consideradas:

- Supervisão Clínica para discussão de casos com psicanalistas
- Ações de Educação Permanente – abordagem e manejo com usuários, práticas da Enfermagem em Saúde Mental
- Atividades de Extensão ofertadas por Universidade – temática relacionada à família
- Projeto “Diálogos” realizado no espaço das reuniões de equipe (1 vez por mês um funcionário pode trazer um texto que tenha lido e julgado importante compartilhar com os demais; ou temas são eleitos a partir das discussões mais frequentes em reuniões. Ainda, há um espaço em que estudos realizados por profissionais do serviços estejam ou tenham sido realizados e que são apresentados, como resultados de pesquisa de mestrado e trabalhos de conclusão de curso)
- O serviço é campo de atuação de Residência Multiprofissional, o que dispara discussões teóricas da clínica em saúde mental. Há também a presença de alunos em estágio profissional
- Participação mensal do serviço em Fóruns Colegiados da Rede de Saúde Mental do Município, onde são pautadas questões clínicas da assistência e construção da rede de cuidados em saúde mental, onde são previstos momentos de discussões teóricas
- Supervisão Clínico-Institucional

- Encontro Bimestral entre os serviços da rede de saúde para discussões de casos e situações em comum
- Reuniões de equipe e mini equipe
- Reuniões de Núcleo
- Encontros para o planejamento (a cada 6 meses)
- Encontro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (acontece mensalmente – nesse mês o tema discutido foi matriciamento)

## 7.2 CARACTERIZAÇÃO DOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS

Por meio dos Formulários respondidos pelos terapeutas ocupacionais foram coletadas informações que permitiram caracterizá-los.

Participaram do estudo 9 terapeutas ocupacionais que atuam em 5 dos 6 CAPS III do município. Como já informado anteriormente, no CAPS III C não houve terapeuta ocupacional participando da pesquisa.

Os nomes dos terapeutas ocupacionais não foram identificados a fim de garantir o sigilo acerca da identidade destes. Dessa forma, foram identificados pela letra T, enumerada de 1 a 9 (T1, T2, T3...T9) e os CAPS III, identificados por letras do alfabeto de A a F, como já explicitado anteriormente.

O Quadro 5 a seguir ilustra a caracterização dos terapeutas ocupacionais.

**Quadro 5 – Caracterização dos terapeutas ocupacionais**

| <i>Participante</i> | <i>Gênero</i> | <i>Idade (anos)</i> | <i>Tipo de Instituição de formação</i> | <i>Tempo de atuação profissional (anos)</i> | <i>Formações complementares</i>   | <i>Serviço que atua</i> | <i>Tempo de atuação no serviço</i> |
|---------------------|---------------|---------------------|--|---|---|-------------------------|------------------------------------|
| T1                  | Feminino      | 48                  | Pública                                | 21  | Especialização em Saúde Mental  | CAPS III – D            | 3 anos                             |
| T2                  | Feminino      | 33                  | Privada                                | 13  | Aprimoramento - Terapia Ocupacional em Saúde Mental<br>Especialização - | CAPS III - E            | 5 anos e 5 meses                   |

|    |           |    |         |    | Terapia Ocupacional em Saúde Mental                              |              |                  |
|----|-----------|----|---------|----|--|--------------|------------------|
| T3 | Feminino  | 40 | Privada | 13 | Especialização em Saúde Pública                                  | CAPS III - E | 5 anos e 4 meses |
| T4 | Feminino  | 32 | Pública | 9  | Mestrado em Saúde Coletiva                                       | CAPS III - D | 1 ano e 2 meses  |
| T5 | Masculino | 50 | Privada | 21 | Especialização em Saúde Mental – Psiquiatria                     | CAPS III - F | 4 anos           |
| T6 | Feminino  | 35 | Privada | 13 | Aprimoramento em Saúde Mental                                    | CAPS III - F | 4 anos           |
| T7 | Feminino  | 36 | Privada | 13 | Especialização em Saúde Pública - *não concluída                 | CAPS III - B | 1 ano e 3 meses  |
| T8 | Feminino  | 28 | Pública | 5  | Especialização em Saúde Mental                                   | CAPS III - B | 2 anos e 6 meses |
| T9 | Feminino  | 41 | Privada | 20 | Aprimoramento na área hospitalar<br>Especialização em acupuntura | CAPS III - A | 8 anos           |

Fonte: elaborada pelo autor

Dentre as informações pessoais descritas no Quadro 5, verifica-se que, dos 9 participantes, 8 são do gênero feminino e 1 é do gênero masculino. Quanto à idade, esta variou entre 28 e 50 anos.

No que se refere às informações profissionais, verifica-se que todos os participantes se formaram em Instituições localizadas no estado de São Paulo, sendo que 3 formaram-se em Instituições Públicas e 6 em Instituições Privadas. Quanto ao tempo de atuação profissional como terapeuta ocupacional, este variou entre 5 e 21 anos. Quanto ao tempo de atuação nos serviços CAPS III participantes da pesquisa, este variou entre 1 ano e dois meses e 8 anos.

Todos os profissionais realizaram formações complementares, sendo que: 1 realizou Aprimoramento, sendo este na área de saúde mental; 5 realizaram Especialização, sendo 3 na área de Saúde Mental e 2 na área de Saúde Pública, dentre estas duas, uma não foi concluída; 1 realizou mestrado na área de Saúde Coletiva e 2 realizaram Aprimoramento e

Especialização, sendo os Aprimoramentos em área hospitalar e Terapia Ocupacional em Saúde Mental e as Especializações em Acupuntura e Terapia Ocupacional em Saúde Mental.

No que se refere às áreas nas quais os terapeutas ocupacionais participantes da pesquisa já atuaram, o Quadro 6 a seguir ilustra as que foram mencionadas:

**Quadro 6 – Áreas de atuação anteriores ao atual trabalho no CAPS III (TO)**

|  |
|--|
| Home Care  |
| Saúde Mental Infantojuvenil  |
| Saúde Mental do adulto   |
| Gerontologia   |
| Saúde Pública  |
| Neurologia – Deficiência Intelectual   |
| Geriatria  |
| Reabilitação Intelectual   |
| Saúde Mental e Saúde Coletiva  |
| Assistência Social (população em situação de rua)  |
| Assistência à criança em vulnerabilidade social  |
| Atenção Básica e Saúde da Família  |
| Integração Sensorial em consultório particular   |
| Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda e Economia Solidária no campo da Saúde Mental |

Fonte: elaborada pelo autor

Dos 9 participantes, 2 apontaram que suas atuações anteriores foram somente na área da saúde mental. Dos 7 participantes restantes, 3 apontaram apenas uma área de atuação anterior além da saúde mental, e os 4 restantes apontaram mais de uma área de atuação além da saúde mental.

Quanto ao tempo de atuação anterior às áreas mencionadas, este variou entre 2 meses e 21 anos, sendo este último representando 21 anos de atuação somente na área de saúde mental.

Em relação aos serviços destinados ao cuidado em saúde mental nos quais os participantes já atuaram, bem como as ações desenvolvidas nestes, o Quadro 7 a seguir ilustra o cenário:

**Quadro 7 – Serviços de saúde mental nos quais os TO's já atuaram e ações realizadas**

| <i>Serviços destinados ao cuidado em saúde mental</i>           | <i>Ações realizadas</i>  |
|---|--|
| Hospital Psiquiátrico   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ações de terapia ocupacional</li> <li>- Coordenação do Setor de Reabilitação Psicossocial</li> </ul>  |
| CAPS  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grupos terapêuticos</li> <li>- atendimentos individuais</li> <li>- atendimentos grupais</li> <li>- Acompanhamento terapêutico</li> <li>- Grupos de passeio no território</li> <li>- atendimentos domiciliares</li> <li>- atendimentos pontuais a familiares</li> <li>- Matriciamento das equipes de Atenção Primária</li> <li>- Gerência do serviço (cobrindo férias do coordenador)</li> <li>- Participação em Conselhos</li> <li>- Acompanhamento e abordagens em Reabilitação Psicossocial</li> <li>- atendimentos de referência</li> <li>- atendimentos específicos de TO</li> <li>- Grupos de Geração de Trabalho e Renda</li> <li>- Clínica da Terapia Ocupacional</li> </ul> |
| UBS e serviços de Atenção Primária<br>(Unidade Básica de Saúde) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Matriciamento em saúde mental</li> <li>- Qualificação da lista de psiquiatria</li> <li>- Levantamento de demanda</li> <li>- Encaminhamentos e estratégias de atenção primária em saúde</li> <li>- Atendimento conjunto com profissionais da Atenção Primária</li> <li>- atendimentos individuais e grupais de TO em saúde mental</li> <li>- Planejamento das atividades da UBS</li> <li>- Clínica da TO e Cogestão da Unidade</li> </ul>  |
| CAISM<br>(Centro de Atenção Integral em Saúde Mental)           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ações terapêuticas durante internação em enfermagem psiquiátrica</li> </ul>   |



|   |  |
|---|--|
| NAC<br>(Núcleo de Atenção à Crise)                | - Atendimento à pessoa em crise, com ações individuais e grupais, atendimentos à família, construção de rede de apoio pós – alta |
| Enfermaria de Saúde Mental em Hospital Geral      | Não especificado   |
| Clínica de Reabilitação para Dependentes Químicos | Não especificado   |
| Projeto de Inclusão Social pelo Trabalho          | Não especificado   |

Fonte: elaborada pelo autor

Verifica-se no Quadro 7 que dentre os serviços da área de saúde mental nos quais os terapeutas ocupacionais já atuaram, está o hospital psiquiátrico, apontado por 3 dos 9 participantes. Além do hospital psiquiátrico, foi apontado por um dos participantes a clínica de Reabilitação para dependentes químicos. Ainda, um dos participantes apontou o CAPS como único serviço de saúde mental no qual já atuou e outros 4 apontaram os serviços de Atenção Primária como dispositivos de cuidado em saúde mental, evidenciando uma compreensão de que, embora não se trate de um serviço específico de atenção nessa área, a saúde mental está nele contemplada por meio de ações sob este enfoque.

Importa destacar que dos 9 participantes, 3 não apontaram as ações de cuidado realizadas nos dispositivos de saúde mental em que já atuaram.

Quanto à realização anterior ou atual de cursos no âmbito da saúde mental, dos 9 participantes somente 3 apontaram já terem realizado cursos na área, sendo estes em “Indicadores de Saúde Mental”, “Especialização em Saúde Mental” e “Matriciamento em Saúde”, sendo os anos de conclusão 2013, 2014 e 2015 respectivamente. Quanto à contribuição destes cursos para a compreensão e prática atual no campo da saúde mental, somente 1 participante respondeu esta questão, informando que o curso (Especialização em Saúde Mental) abriu leques para pensar em uma verdadeira Reabilitação Psicossocial, saindo exclusivamente do âmbito da saúde e abrangendo tudo o que compõe o sujeito atendido. Ainda, de acordo com este participante, o curso atualmente contribui para sua atuação, na medida em que possibilita compreender a importância do papel da família, da articulação em rede e da análise do sujeito para além do seu diagnóstico ou percurso na saúde mental.

Dos 6 participantes restantes, 1 não respondeu à questão e os outros 5 responderam não terem feito ou estarem fazendo cursos na área de saúde mental, sendo que destes 5, 2 justificaram indisponibilidade e falta de tempo e os outros 3 não justificaram o motivo.

Finalmente, no Formulário havia uma pergunta que questionava sobre a atual participação ou não do terapeuta ocupacional em algum grupo de estudos/discussões sobre temas na área da saúde mental, se nestes grupos são realizadas discussões teóricas sobre temas relativos à saúde mental e quais são eles. Dos 9 participantes, 5 responderam não estarem participando de nenhum grupo com esta proposta, entretanto, destes 5, 1 participante apontou que atualmente ele e um grupo de TO's têm planejado o início de um grupo de estudos quinzenal. Os 4 participantes restantes afirmaram estar participando de grupos de estudos na área da saúde mental e apontaram os temas abordados nestes contextos, como ilustra o Quadro 8 a seguir.

**Quadro 8 – Grupos de estudo sobre temas na área de saúde mental frequentados pelos TO's e temas abordados nestes espaços de discussão**

| <i>Grupo de discussão</i>  | <i>N° de TO's que apontaram participar do grupo</i> | <i>Temas discutidos nestes espaços</i>   |
|--|---|--|
| Grupo de estudos específico para Terapeutas Ocupacionais, com tema ligado à saúde                | 2   | - CAPS no conceito do SUS<br>- Discussão de casos clínicos<br>- Propostas de intervenção<br>- Manejo em saúde mental   |
| <b>Grupo de Pesquisa do CNPq</b> (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) | 1   | - Discussões ampliadas acerca das Instituições e do campo da Saúde, Saúde Coletiva e Saúde Mental<br><br>- Tema atual das pesquisas: “Práticas profissionais e formação em saúde no SUS: contribuições e inovações da Análise Institucional para a Saúde Coletiva” |
| <b>Supervisão Clínica no CAPS</b>  | 1   | - Psicopatologia, violência e outros temas, de acordo com a demanda do grupo   |

Fonte: elaborada pelo autor

### 7.3 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR

Por meio dos Formulários respondidos pelos profissionais de nível superior foram coletadas informações que permitiram caracterizá-los.

Participaram do estudo 10 profissionais de nível superior que atuam nos 6 CAPS III do município.

Os nomes dos profissionais não foram identificados a fim de garantir o sigilo acerca da identidade destes. Dessa forma, foram identificados pela letra P, enumerada de 1 a 10 (P1, P2, P3... P10) e os CAPS III, identificados por letras do alfabeto de A a F, como já explicitado anteriormente.

O Quadro 9 a seguir ilustra a caracterização dos profissionais de nível superior.

**Quadro 9 – Caracterização dos Profissionais de Nível Superior**

| <i>Participante</i> | <i>Gênero</i> | <i>Idade (anos)</i> | <i>Formação em Nível Superior</i> | <i>Tempo de atuação profissional (anos)</i> | <i>Formações complementares</i>   | <i>Serviço em que atua</i> | <i>Tempo de atuação no serviço</i> |
|---------------------|---------------|---------------------|-----------------------------------|---|---|----------------------------|------------------------------------|
| P1                  | Feminino      | 50                  | Psicóloga                         | 27  | - Especialização em Saúde Mental e Intervenções Terapêuticas<br>- Especialização em Apoio Matricial, área de Saúde Mental | CAPS III – B               | 4 anos e 2 meses                   |
| P2                  | Feminino      | 38                  | Psicóloga                         | 13  | -Aprimoramento em Saúde Mental<br>- Capacitação sobre Saúde Mental e Trabalho   | CAPS III - F               | 3 anos                             |
| P3                  | Feminino      | 53                  | Enfermeira                        | 25  | -Aprimoramento na área hospitalar   | CAPS III - A               | 6 anos                             |
| P4                  | Feminino      | 56                  | Psicóloga                         | 33  | - Formação em Psicanálise   | CAPS III – A               | 15 anos e 10 meses                 |
| P5                  | Feminino      | 30                  | Psicóloga                         | 5   | Não realizou formação complementar  | CAPS III - C               | 3 anos                             |

|     |          |    |                        |    |  |                 |                         |
|-----|----------|----|------------------------|----|--|-----------------|-------------------------|
| P6  | Feminino | 56 | Médica<br>(psiquiatra) | 33 | - Mestrado em<br>Psicologia<br>Clínica<br>- Formação em<br>Psicanálise   | CAPS<br>III – C | 2 anos                  |
| P7  | Feminino | 30 | Enfermeira             | 7  | - Especialização<br>em Urgência e<br>Emergência  | CAPS<br>III – D | 2 anos e<br>5 meses     |
| P8  | Feminino | 33 | Enfermeira             | 10 | - Especialização<br>em Saúde<br>Pública  | CAPS<br>III - D | 5 anos e<br>8 meses     |
| P9  | Feminino | 34 | Assistente<br>Social   | 9  | - Formação em<br>Psicanálise,<br>Grupalidade e<br>Intervenção<br>- Formação na<br>área de<br>assistência<br>social:<br>Elaboração de<br>Projetos | CAPS<br>III – E | 6 anos                  |
| P10 | Feminino | 43 | Enfermeira             | 20 | - Especialização<br>em Saúde<br>Mental<br>- Cursando<br>disciplinas em<br>enfermagem<br>como aluno<br>especial                                   | CAPS<br>III - B | 15 anos<br>e 7<br>meses |

Fonte: elaborada pelo autor

Verifica-se, dentre as informações pessoais dos participantes apresentadas no Quadro 9, que todos são do gênero feminino, de forma que, a partir desse momento, passarão a ser denominados por este gênero. Quanto à idade das participantes, esta variou entre 30 e 56 anos.

No que se refere às informações profissionais, verifica-se que 4 profissionais têm formação em psicologia, 4 em enfermagem, 1 em medicina (psiquiatra) e 1 em serviço social. Quanto ao tempo de atuação profissional, este variou entre 5 e 33 anos. Em relação ao tempo de atuação nos atuais serviços CAPS III, este variou entre 2 anos e 15 anos e 10 meses.

Quanto à realização de formações complementares, das 10 profissionais participantes, apenas 1 não realizou nenhuma formação complementar, as demais realizaram 1 ou mais, sendo que: 3 realizaram somente especialização (tendo 1 destas profissionais realizado 2

especializações), cujas áreas foram Saúde Mental, Apoio Matricial em Saúde Mental, Saúde Pública e Urgência e Emergência; 1 participante realizou somente Formação em Psicanálise e 1 somente Aprimoramento na área Hospitalar; as 4 participantes restantes realizaram 2 formações sendo estas especializações, mestrado (realizada por apenas 1 profissional), aprimoramento e formações outras, sendo as áreas saúde mental, enfermagem, psicologia clínica, psicanálise e assistência social. Tais formações, quando informadas pelas participantes, ocorreram entre o período de 2004 e 2016.

No que se refere às áreas nas quais as profissionais participantes da pesquisa já atuaram, o Quadro 10 a seguir ilustra as que foram mencionadas:

**Quadro 10 – Áreas de atuação anteriores ao atual trabalho no CAPS III (Profissionais)**

|  |
|--|
| Área hospitalar – Urgência   |
| Área Hospitalar – Cirurgia   |
| Docência (2participantes – 1 na área de medicina e na de psicologia) |
| Psicologia escolar   |
| Psicologia clínica em consultório particular                         |
| Psicologia clínica em Hospital Psiquiátrico                          |
| Área da Saúde Mental   |
| Área de Gerência (em CAPS)   |
| Saúde Pública  |
| Educação Infantil  |

Fonte: elaborada pelo autor

Das 10 profissionais participantes da pesquisa, 1 delas não informou as áreas de atuação anteriores e 1 respondeu que sua atuação profissional ocorreu somente na área da saúde mental. Das 8 participantes restantes, 7 mencionaram as áreas de atuação anteriores que constam no Quadro 10, sendo que destas, 3 apontaram também os serviços que atuaram e não exatamente a área (Unidade Semi - intensiva – pacientes críticos; Ambulatórios e Hospitais públicos e privados com atendimento em psiquiatria; consultório particular; Centro de Saúde) e 1 apontou ainda a população com a qual trabalhou, ou seja, atendimento a pessoas em situação de rua. Uma das participantes restante das 8 mencionou apenas os serviços em que trabalhou como sinônimo da área, sendo estes: Clínica Psiquiátrica, Hospital Psiquiátrico, CAPS e consultório particular. Importa destacar que 1 das 8 participantes também considerou

sua área de atuação quando ainda possuía apenas formação técnica, sendo esta Auxiliar de Enfermagem em Centro Cirúrgico.

Quanto ao tempo de atuação nas áreas mencionadas, respondido por 8 das 10 profissionais, este variou entre 1 e 31 anos, sendo este último relativo a atuação clínica em consultório particular. Verificou-se entre as participantes que dentre as psicólogas e psiquiatra (4 psicólogas e 1 psiquiatra), 3 profissionais apontaram que realizam atendimento clínico em consultório particular até a presente data, atividade concomitante ao trabalho no CAPS.

Em relação aos serviços destinados ao cuidado em saúde mental nos quais as participantes já atuaram, bem como as ações desenvolvidas nestes, o Quadro 11 ilustra os serviços e as ações desenvolvidas por categoria profissional.

**Quadro 11 - Serviços de saúde mental nos quais as profissionais já atuaram e ações realizadas**

| <i>Categoria Profissional</i> | <i>Serviços destinados ao cuidado em saúde mental</i>   | <i>Ações realizadas nos serviços</i>  |
|-------------------------------|---|---|
| Psicologia                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clínica Psiquiátrica</li> <li>• Hospital Psiquiátrico</li> <li>• CAPS</li> <li>• Consultório Particular</li> <li>• Centro de Convivência (CeCo)</li> </ul> | <p><b>Clínica Psiquiátrica</b><br/>Atendimento a pacientes em crise em grupo terapêutico, grupo operativo, passeios semanais, grupo de TO, atendimentos individuais e de família</p> <p><b>Hospital Psiquiátrico</b><br/>Atendimento a pacientes em grupo, individual, atendimento familiar, assembleia e articulação com a rede de saúde para acompanhamento pós-alta, ações de psicologia clínica junto à equipe multiprofissional, triagem</p> <p><b>CAPS</b><br/>Reabilitação Psicossocial, atendimento à crise, acompanhamento pós-crise na modalidade grupal, individual, familiar, articulação com a rede de saúde, acompanhamento</p> |

|            |  |  |
|------------|--|--|
|            |  | <p>terapêutico, ações de psicologia clínica junto a equipe multi/interdisciplinar, gerência do CAPS, gerência do PS Psiquiátrico regional, preceptoria do núcleo de psicologia da Residência Multiprofissional de Saúde Mental, participação em Colegiado Gestor, Co-gestão dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), atendimento individual de psicoterapia, atividade de plantão, triagem, grupo de referência, grupos e oficinas terapêuticas, grupo de psicoterapia, matriciamento, visitas domiciliares, reuniões de equipe e mini equipe, assembleia</p> <p><b>Consultório particular</b><br/>Atendimento psicológico a adolescentes e adultos e acompanhamento terapêutico</p> <p><b>Centro de Convivência (CeCo)</b><br/>Planejamento e condução de oficinas terapêuticas, elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), Acolhimento e escuta qualificada, atividades de Reabilitação Psicossocial</p> |
| Enfermagem | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CAPS</li> </ul> | <p><b>CAPS</b></p> <p>Ações do núcleo da enfermagem, assistência aos SRT's, atendimento a pacientes como terapeuta, cuidado ao paciente, referência, reuniões, visitas domiciliares, supervisão da equipe de enfermagem,</p>   |

|                    |  |   |
|--------------------|--|---|
|                    |  | consultas de enfermagem sistematizadas na área do adulto e mental, elaboração de PTS, assistência aos pacientes em leito noite  |
| Psiquiatria        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instituições e Ambulatórios de Saúde Mental</li> <li>• ONG's</li> </ul> | <p><b>Instituições e Ambulatórios de Saúde Mental</b></p> <p>Psiquiatra responsável e/ou integrante de equipes de saúde mental realizando grupos terapêuticos, grupos de apoio e orientação para saúde, atendimento a famílias, orientação de adolescentes e gestantes, atendimentos individualizados aos usuários e familiares</p> <p><b>ONG's</b></p> <p>Atendimento aos casos e a suas famílias, discussões e estudos sobre os casos e manejo com a equipe, atendimentos individuais e grupais</p> |
| Assistência social | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CAPS</li> </ul>   | <p><b>CAPS</b></p> <p>Atendimentos individuais ao usuário; grupo familiar, acompanhamento dos usuários em atividades externas, oficinas, assembleias, reuniões de equipe, visitas domiciliares, matriciamento, reuniões com serviços que compõem a rede de cuidado em saúde</p>   |

Fonte: elaborada pelo autor

Das 10 profissionais participantes da pesquisa, 6 apontaram somente o CAPS como serviço de assistência em saúde mental nos quais já atuaram, sendo esta menção feita por 4 enfermeiras, 1 psicóloga e 1 assistente social. Dentre os serviços apontados, verifica-se o Hospital Psiquiátrico e a Clínica Psiquiátrica como espaços de atuações anteriores realizadas pelas psicólogas.



Quanto às ações realizadas nos serviços apontados, das 10 participantes, 1 não respondeu à questão e das 9 restantes destaca-se que 2 sinalizaram ações de Reabilitação Psicossocial, realizadas no contexto dos CeCo's e CAPS.

Ressalta-se, ainda, do Quadro 11, que as enfermeiras foram a única categoria profissional a informar sobre realizarem ações específicas de seu núcleo de saber no contexto de CAPS. Esta afirmação foi feita por 2 das 4 enfermeiras participantes da pesquisa.

Quanto à realização anterior ou atual de cursos no âmbito da saúde mental, das 10 participantes, 7 apontaram não estarem ou terem realizado cursos na área, sendo que as justificativas apontadas foram: incompatibilidade de horário/falta de tempo, escassez de ofertas de cursos de interesse e questões financeiras. As 3 participantes restantes - sendo uma enfermeira, uma psiquiatra e uma psicóloga - apontaram a realização anterior de cursos na área, como segue:

- Aperfeiçoamentos e seminários;
- Residência Multidisciplinar em Psiquiatria, concluído em 1986;
- Crise e Urgência em Saúde Mental (UASUS/UFSC), concluído em 2015;
- Sistema para a detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento – SUPERA (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD/UNIFESP), concluído em 2014;
- Contribuições de Winnicott: teoria e técnica, concluído em 2014;
- Psicoterapia de casal, família, criança e adolescente: teoria e técnica, concluído em 2014.

Quanto à contribuição dos cursos supracitados para a compreensão e prática atual no campo da saúde mental, as 3 profissionais apresentaram as seguintes justificativas:

- Qualificação no preparo para a atuação no campo da saúde mental e conhecimento do cotidiano dos pacientes, bem como acompanhamento de rotina dos pacientes e familiares
- Contribuição para uma compreensão mais aprofundada acerca dos sofrimentos psíquicos, para sustentar o trabalho e a investigação contínua dos processos de saúde e doença, tanto no âmbito individual quanto no social. Ainda, tais cursos impulsionam a busca e o desenvolvimento de recursos terapêuticos diversificados e amplos em conjunto com

diversas práticas e saberes. Tais formações têm fornecido instrumentos para o exercício e construção de atividades criativas e integradas nessa área, além de auxiliar na manutenção da esperança. “Não é possível perder de vista a enorme complexidade desse tipo de trabalho e é preciso sempre dialogar com tal complexidade sem reduzi-la, mas sem desistir”

- Os estudos de Winnicott e Psicoterapia Sistêmica contribuíram para o trabalho na clínica, para a compreensão e manejo de intervenções terapêuticas. Os cursos relacionados à capacitação e educação permanente no SUS focalizaram a organização do fluxo na Saúde Pública, ofertando norteadores e pressupostos básicos

Finalmente, no Formulário havia uma pergunta que questionava sobre a atual participação ou não do profissional em algum grupo de estudos/discussões sobre temas na área da saúde mental, se nestes grupos são realizadas discussões teóricas sobre temas relativos à saúde mental e quais são eles. Das 10 participantes, 9 responderam não participarem atualmente desse tipo de atividade formativa. A única participante que respondeu afirmativamente à pergunta, informou sobre quais são estes grupos, bem como os temas abordados:

- Participação junto à Sociedade Brasileira de Psicanálise (atualmente afastada temporariamente); participação anterior junto a este grupo no estado de São Paulo; atuação como professora de um Centro de Estudos onde ministra aulas de Psicopatologia e Teorias Psicanalíticas, o que convoca a participante a estudar continuamente; membro da Associação Brasileira de Psiquiatria, contexto onde há oferta de cursos de maneira contínua. Quanto aos temas referentes ao campo da saúde mental discutidos nestes espaços, tem-se: Seminários de discussão de casos e intervenções em saúde mental (manejos com famílias, grupos em situação de risco), cujo pano de fundo e de sustentação teórica são os estudos sobre as compreensões psicanalíticas das doenças psíquicas; estudos sobre as contribuições das Ciências Antropológicas e Filosóficas.

Feitos os apontamentos acerca dos dados oriundos dos Formulários de Caracterização dos CAPS III, dos TO's e dos Profissionais, passa-se, a seguir, para a apresentação e discussão das categorias temáticas que emergiram dos encontros de Grupo Focal.

## **Categorias Temáticas oriundas dos Encontros de Grupo Focal com Terapeutas Ocupacionais**

### **7.4 DEFININDO CONCEITOS E EXPLORANDO SUAS DIMENSÕES: REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

*“Atenção Psicossocial e Reabilitação Psicossocial: o que pensam sobre isso”?* Com esta questão disparadora, deu-se início à proposição de discussão no 1º encontro do Grupo Focal com os terapeutas ocupacionais. Em princípio a questão pareceu gerar certa hesitação, instaurou-se um silêncio, alguns risos e comentários contidos. No entanto, com estímulo vindo do moderador – traduzido na reafirmação da liberdade dos participantes para pensar, refletir, além do convite para que se instaurasse no grupo um momento de “chuva de ideias” - os participantes pareceram colocar-se de maneira ativa e reflexiva sobre o tema apresentado.

Uma primeira elaboração sobre as perspectivas foi apresentada por T8, como segue:

*“É... eu acho que a Atenção tem a ver com um olhar, então, o olhar para a questão psicossocial e a reabilitação um pouco mais com o fazer né, como é que a gente faz para que aquele sujeito esteja reabilitado, bem entre aspas assim... acho que tem essa diferença” (T8)*

Verifica-se na fala de T8 que a defesa é em torno de uma diferenciação entre as perspectivas, ou seja, a Atenção Psicossocial dimensionada pelo olhar, que denota análise, compreensão circunstancial e contextual mais ampla sobre a condição do sujeito em sofrimento, e a Reabilitação Psicossocial na qualidade do fazer acontecer, de encaminhar para a ação da prática a partir da Atenção Psicossocial (“pano de fundo”).

Destaca-se do relato supracitado que a Atenção Psicossocial parece vir analisada pelo participante a partir do significado por ele atribuído à palavra atenção - que inclusive parece qualificar o “Psicossocial” - e sua operacionalização na prática de cuidado. Já em relação à Reabilitação Psicossocial, há o resgate de uma ideia de reabilitação na qualidade de verbo, da ação, do reabilitar propriamente.

Argumenta-se que em contextos como este, de discussões e produções coletivas a partir de reflexões compartilhadas, existe a possibilidade de haver uma inclinação, ainda que de maneira subliminar (como parece acontecer no discurso supracitado), em assumir uma ideia de reabilitação como prática operada pelo profissional, em que ele reabilita o outro e assim esse outro se recupera, resgatando uma concepção de reabilitação enquanto prática

ortopédica e, portanto, do retorno, de devolução de algo perdido. Essa forma de conceber a reabilitação pode vir justificada, por exemplo, a partir de um posicionamento pessoal do profissional ou em função de um discurso ainda retrógrado que concorre com um discurso antimanicomial (que tenta se afirmar enquanto prática) ou mesmo de maneira inconsciente, uma vez que o termo reabilitação pode sim evocar estes pressupostos. Ainda, a depender da característica do serviço CAPS, do contexto cultural, político e social do município de inscrição desse serviço, do arranjo das equipes e das características dos profissionais, essa é uma possibilidade e, infelizmente, a marca ainda prevalente em alguns serviços e regiões do país.

Nesse sentido, não por acaso uma série de produções e autores (BENETTON, 2001; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003; PITTA, 2016; VENTURINI et al., 2003) já problematizaram as implicações do uso do termo reabilitação - e o conteúdo imagético que ele carrega – e a necessária ponderação sobre sua acepção no campo da saúde mental.

Pautar essa discussão neste contexto se justifica na medida em que as reflexões, concepções e argumentos apresentados pelos profissionais em torno desta temática revelaram, nas nuances de seus discursos, quais princípios, valores e ideais, em tese, vêm subsidiando suas práticas. Ainda que facilmente o discurso possa não ser equivalente à prática, ocultando, por vezes, a contradição existente entre o que se diz e o que se faz, neste estudo, em algumas situações, foi o exemplo da prática cotidiana dado por alguns participantes na tentativa de conferir materialidade ao conceito, que denunciou tal contradição. Isso se deu tanto entre os participantes do Grupo Focal com TO's quanto entre os participantes do Grupo Focal com Profissionais, por isso vem destacado desde já.

E é neste ponto que reside a importância de problematizar os conceitos norteadores das práticas, pois, em última instância, uma autoanálise acerca das ações de cuidado em termos do que se faz, como se faz e porque se faz, impulsiona um movimento de revisitar tais conceitos e, conseqüentemente, de olhar para o que se faz e à lógica que tal prática vem respondendo.

A partir deste primeiro apontamento e posicionamento de T8 parece instaurar-se um movimento de tessitura grupal. Verifica-se entre os participantes uma espécie de construção coletiva muito alinhada ao apontamento inicial do referido participante, sem dissensos contundentes ou ampliações, mas um movimento de incorporação de elementos que possibilitassem ilustrar de maneira mais clara aquilo que se buscava evidenciar.

É possível supor, até em função do estranhamento, silêncio e impacto inicial que a pergunta lançada pelo moderador gerou no grupo, que o apontamento de T8 funcionou mais como um catalisador para a discussão grupal do que como um “pontapé inicial” para a apresentação de concepções pré-definidas trazidas pelos demais participantes. Ou seja, supõe-se que não havia individualmente uma elaboração prévia de concepção sobre cada uma das perspectivas apresentadas e que a iniciativa de T8 estimulou os demais a pensarem sobre o que foi trazido por ele, nutrindo o conteúdo inicial apresentado pelo participante a partir de reflexões produzidas ali “in locu”, “ao vivo”.

Ressalta-se que esta condição, de maneira alguma, desqualifica o movimento e a construção do grupo, ao contrário, retrata a realidade dos sujeitos implicados com estas questões, além de representar um desdobramento previsível e positivo do uso estratégico do Grupo Focal. Os excertos a seguir evidenciam este movimento:

*“[...] acho que, gostei da sua definição assim (fazendo referência à definição apresentada por T8), de que a atenção é para o olhar e a reabilitação em conjunto para que a gente possa fazer” (T2)*

*“É... então é uma atenção a... quando o sujeito chega, quando a pessoa chega ao CAPS para ser atendido, para ser cuidado e você vai tentar pensar, fazer, dar essa atenção a tudo né, a esse todo. E a partir dessa atenção, trabalhar com reabilitação, que acho que o que a (participante T8) falou na primeira coisa que a (participante T8) falou já matou” (T9)*

O apontamento de T9 parece instaurar no coletivo uma espécie de descontração, as pessoas riem de maneira mais relaxada, fazem comentários simultâneos e a aparente apreensão sobre o que dizer acerca do tema apresentado pareceu diminuir.

Foi possível verificar que apresentar a Atenção Psicossocial e a Reabilitação Psicossocial como uma temática que pudesse ser explorada de maneira livre gerou dúvidas, aparente preocupação em relação ao que dizer, o que apresentar e como expor aquilo que se pensava a respeito. Supõe-se que oferecer espaço para uma reflexão mais conceitual e até teórica sobre o que se faz no dia a dia na oferta de cuidado produziu certa introspecção, especialmente porque aparentemente retirou dos participantes certa “autoridade” e apropriação que se possui quando se diz sobre a prática realizada concretamente. Por isso também e talvez T8, ao apresentar uma definição e localizar os sujeitos em torno de alguns parâmetros, possibilitou o desenvolvimento da discussão, bem como de uma construção coletiva e cooperativa entre os participantes.

Apesar de, em sua maioria, ter havido consenso entre os participantes acerca da definição de Atenção e Reabilitação Psicossocial, um dos participantes, ao se colocar, faz o contraponto em relação à definição inicialmente apresentada por T8 – definição esta que parece ter sido fio condutor da tessitura grupal:

*“É então, queria falar um pouquinho disso, que à medida que você, a partir da primeira fala assim, foi todo mundo falando um pouquinho e para mim sempre foi a ideia da atenção como uma coisa mais abrangente, não necessariamente o olhar e tal, mas uma coisa que abrangia mais coisas e a reabilitação mais especializada; e parece que a gente vai indo de volta nesse movimento. Quando a gente, cada vez mais, é convocado só a ficar dentro do serviço fazendo o que é de competência do CAPS, que o CAPS ou aquele serviço. Vai reduzindo, reduzindo e a gente volta a falar da reabilitação só mecânica né, mas para a saúde mental ali dentro, sem poder ter toda essa, essa extensão de cuidado que a gente tinha antes. Para mim, eu nunca conseguia pensar só na reabilitação psicossocial, mas sim na atenção. Para mim é muito mais clara a coisa da atenção do que da reabilitação, porque na prática eu entendia que o que a gente fazia abrangia muito mais do que uma especialidade, uma reabilitação, uma coisa mais... Para mim essa imagem é muito, fica muito essa imagem do reducionismo quando fala da reabilitação, mas isso é a minha visão também, e...” (T4)*

Verifica-se na fala de T4 um posicionamento oposto ao que vinha sendo produzido em discussão pelo grupo, inclusive num movimento quase que de “extinção” da perspectiva de reabilitação, tendo em vista seu reducionismo e mecanicismo, na opinião do participante.

É no discurso deste participante que a discussão acerca dos prejuízos de sentido carregado pelo termo reabilitação ganha impulso e merece atenção. Ainda, é também no argumento de T4 que a crítica recai sobre a locução Reabilitação Psicossocial e não somente sobre o termo reabilitação, o que leva a crer que o participante concebe Reabilitação Psicossocial, de fato, como uma dimensão de cuidado reducionista e mecanicista.

Ressalta-se que para a técnica de grupo focal os dissensos e oposições são esperados e desejados, especialmente quando o que se anseia com a proposta é produzir novas teorizações, como neste caso.

Ainda sobre o relato de T4, importa destacar que a ideia principal defendida pelo participante em relação à sua concepção de Reabilitação Psicossocial parece influenciada pela condição atual de ter que trabalhar com maior enfoque no interior dos CAPS, condição que aparentemente influencia o participante a fazer uma associação direta, ou seja, práticas que são desenvolvidas no interior do CAPS caracterizam-se como mecânicas, reducionistas e vêm denominadas como Reabilitação Psicossocial.

Como desdobramento deste primeiro alçar de voo em torno de tecer reflexões e definições, é também T8 quem se arrisca em dimensionar a Atenção Psicossocial e a Reabilitação Psicossocial como perspectivas distintas, porém complementares, como segue:

*“Eles são complementares, porque um você olha e o outro você vai lá e vai para, para a ação, para o ato né, então eu acho que tem essa diferença e aí eles ficam... um complementa o outro”* (T8)

Na direção de validar o que ora foi dito por T8, alguns participantes se colocam de maneira genérica, porém numa evidente tentativa de ratificar o conteúdo trazido. Verifica-se, na ocasião, que as falas se interpõem, alguns participantes se colocam afirmativamente, parecem querer complementar, mas sem arriscar, num primeiro momento, tomar a vez e a voz para produzir conteúdos complementares, como se verifica a seguir:

*“É, que eu acho que, eu não sei, mas eu gosto de pensar que os distintos podem ser complementares né, se complementam nesse momento assim, é distinto, mas na hora do “vamos ver”...”* (T2)

*“Ninguém ia me entender se eu falasse isso aquela hora né, que é distinto, mas se complementam, se a gente for pensar numa palavra assim...”* (T4)

Ainda no mesmo sentido da construção que vinha sendo feita, alguns participantes parecem elaborar possibilidades para essa diferenciação e complementariedade que concordam existir entre a Atenção Psicossocial e a Reabilitação Psicossocial. Nessa direção, tecem apontamentos que buscam afirmar as perspectivas enquanto concepções que orientam as práticas de cuidado, bem como investem em elucidar uma espécie de sinergia entre ambas:

*“Eu acho que caminham juntas mesmo, porque quando você pensa junto com o usuário em... em criar condições para alguma ação, para alguma coisa acontecer, para algo ser realizado né, é... que eu acho que a gente está falando da atenção, dessa coisa mais do macro e depois da ação, da reabilitação, da coisa acontecer, da gente estar junto, a gente dar um suporte pra ser realizado. Eu acho que... as duas coisas caminham junto, se complementam”* (T6)

Com vistas a sustentar que Atenção Psicossocial e Reabilitação Psicossocial acontecem juntas e que é na comunhão de suas particularidades que se concretiza o cuidar na prática real no serviço, os participantes parecem oscilar acerca de uma espécie de “hierarquia” entre as perspectivas. Não que, de fato, se estabeleça uma hierarquia propriamente, mas



novamente parece haver consenso entre os sujeitos sobre pensar como estas perspectivas são operacionalizadas na prática numa espécie de “ordenamento”. Importa sinalizar que este encaminhamento da discussão também sofreu influência do posicionamento e reflexão produzidos por T8. Os excertos a seguir ilustram essa condição:

*“Estou pensando que tinha que ter sido o contrário. É, porque assim, pensando no que eu estou pensando né, do que eu falei sobre o que é a atenção, o olhar, tal, tinha que ter sido o contrário porque parece que, é isso assim, é, a sensação que eu tenho, continuo falando da questão, em distintos e complementares e tal, e... se a gente parte primeiro para o olhar e depois para a ação, talvez...” (T8)*

*“Não, porque tudo o que a gente falou aqui, assim, acho que a (participante T8) tem razão quando ela fala assim, a gente começou da reabilitação, a gente poderia ter começado da atenção... porque eu acho que... elas estão ligadas, não há um ponto de ordem, não tem, eu acho que não tem como separar uma da outra; a atenção está ligada à reabilitação e a reabilitação não tem como ser feita sem uma atenção, é isso que eu penso... Uma atenção naquele sujeito, no como você vai criar junto com ele projeto, é também fantasioso isso do projeto terapêutico singular ou individual... eu acho, está muito difícil fazer isso” (T9)*

*“É, eu acho que... assim, pensando, acho que, ainda continuo achando que as coisas não se separam, mas acho que a gente precisa na prática é tomar cuidado... porque... não dá para eu, pelo menos da forma que me faz pensar agora, não dá para eu, é... querer propor para o sujeito ir para a reabilitação antes de eu pensar na atenção. Que quando eu falo da atenção também, eu estou falando, posso estar falando um pouco do meu momento daquele sujeito, para começar a pensar dentro da lógica da clínica ampliada o que aquele sujeito me traz como demanda, é... eu vou poder pensar com ele, acho que, na prática, tomar cuidado, dependendo né, não dá para eu já querer ir para o território com esse sujeito sem antes, de repente, oferecer um espaço de saúde e beleza para ele, de repente, é aquele momento que ele precisa só de beleza, é... para depois sim eu lançar outras ideias e propostas para que ele vá lá para fora... Quando a gente fala das concepções né, assim, separa aí a forma de pensar nas concepções eu penso um pouco nisso, no cuidado aí para executar as duas coisas que, ao mesmo tempo, a gente fala que é tudo junto e misturado, como que eu vou executar, é... Acho que pensando no senso da... ideia das palavras atenção, reabilitação, enfim tomar esse cuidado” (T5)*

Verifica-se, por meio do que até aqui foi exposto, que pensar sobre a Atenção Psicossocial e a Reabilitação Psicossocial mobilizou os participantes para refletir sobre como produzem suas práticas e em quais valores e princípios estas estão assentadas. Aparentemente refletir sobre tais conceitos permitiu uma incursão num universo mais subjetivo em torno do que as práticas de cuidado produzem e em como são operacionalizadas.



Os arranjos propostos evidenciam um investimento em torno da investigação, do estabelecimento de conexões entre o que se faz e como isso é nomeado ou, quais pilares conceituais sustentam o aparato do fazer. Sem um discurso pronto ou uma elaboração conceitual previamente definida, parece que a proposta de discussão operacionalizada por meio do grupo focal possibilitou construções que foram deixando os participantes confortáveis e “apropriados”, parecendo ter havido a possibilidade do estabelecimento de um alicerce e mesmo da descoberta sobre aquilo que se faz na prática.

Ainda que não tenha sido mencionado pelos participantes nenhum referencial teórico de apoio no processo de discussão, verifica-se que os elementos trazidos descendem de aportes que sustentaram a perspectiva de Reabilitação Psicossocial e vem sustentando o ideário da Atenção Psicossocial.

Vale ressaltar que um dos participantes afirma se identificar com a concepção de clínica ampliada e que esta subsidia sua compreensão acerca da Atenção Psicossocial e da Reabilitação Psicossocial, como fica evidente no excerto seguinte:

*“Eu gosto muito também de pensar né, na reabilitação, na atenção, na lógica, ou na teoria, do nosso mestre Gastão, da clínica ampliada assim é...” (T5)*

Apesar de T5 não explorar sob quais aspectos pensa e sobre quais elementos compõem sua prática de cuidado a partir da clínica ampliada, argumenta-se que há neste “conceito operacional” elementos importantes que concedem à clínica psicossocial parâmetros para uma atuação condizente ao atual modelo de assistência em saúde mental pretendido. Isso porque

A Atenção Psicossocial apresenta como proposição epistêmica a construção de um objeto para além da doença. O objeto é a vida e sua complexidade, que se configura, se encarna nos sujeitos que comparecem aos serviços e pontos da atenção psicossocial. Nessa perspectiva, a sua clínica deve deslocar o seu sentido das práticas que incidem sobre o indivíduo, reduzindo a tragédia da vida a um conjunto de sintomas e sinais que, articulados, configuram um diagnóstico, a partir do qual se prescrevem as condutas terapêuticas. Trata-se, na Atenção Psicossocial, de olhar para a multiplicidade de aspectos biográficos, familiares, sociais, políticos, econômicos, históricos, culturais, ou seja, para as diferentes dimensões que incidem em sujeitos concretos que, no plano do cotidiano, se agenciam, produzindo subjetividades. Eis aqui os elementos que constituem a Clínica Ampliada como uma diretriz (YASUI, 2016a, p. 111).

Das trocas, reflexões, construções conjuntas, mas também dúvidas, hesitações e, em alguns momentos, tensionamentos, é T9 quem propõe um fechamento para o encontro grupal a partir de uma espécie de síntese sobre a relação entre Atenção Psicossocial e Reabilitação

Psicossocial, o que produz leveza, risos, comentários entre os participantes e já um movimento em torno do encerramento da proposta do dia:

*“É a teoria do “Yin Yang”, elas não se separam, elas se complementam. O Yin ele é mais introvertido, então ele é mais pensativo, o Yang é mais para a ação entendeu?” (T9)*

#### **7.4.1 Arranjos específicos da Reabilitação Psicossocial e desdobramentos para a prática do cuidado**

No que tange à Reabilitação Psicossocial, as discussões parecem ter se construído de maneira mais consistente se comparada à relativa à Atenção Psicossocial. Aparentemente discorrer sobre a Reabilitação Psicossocial pareceu, em sua maioria, mais possível para os participantes, especialmente porque foram fazendo apontamentos a partir de elementos concretos, sempre alinhados às práticas desenvolvidas, mas evidenciando que falar desta era mais próximo da realidade vivida, talvez também em função de aproximações teórico-conceituais, ainda que isso não tenha sido verbalizado.

Fica evidente também que, para alguns participantes, em alguns momentos, não há uma clareza ou certeza acerca da suposta distinção entre as perspectivas, embora a defesa, em geral, tenha sido pela diferenciação e complementariedade entre ambas. O apontamento de um dos participantes evidencia esta condição:

*“É difícil você ficar distinguindo sabe, ou isso ou aquilo eu não consigo sabe fazer uma coisa ou outra... né... Para mim é a prática assim, não consigo falar ou é isso ou é aquilo, o que é melhor, o que é pior porque a gente tem que ver como um todo mesmo sabe, a gente tem que ver na situação daquele sujeito naquele momento, ou... o que te trouxe, enfim” (T1)*

Verifica-se na fala de T1 que na verdade o que parece existir é uma não distinção entre as perspectivas, ou seja, elas acabam por configurar uma “dimensão única” e isso talvez se deva em função de virem apreendidas pela maneira como se apresentam na prática.

Arrisca-se dizer que, a despeito das formulações e defesas que os participantes fizeram sobre a Reabilitação Psicossocial e a Atenção Psicossocial, talvez os conceitos e teorias – mesmo quando imprecisos ou frágeis para alguns participantes – que foram incorporados e metabolizados ao longo da formação graduada e da vida profissional, venham traduzidos numa prática que resulta em um conhecimento tácito. Talvez por isso, dentre outros motivos,

seja trabalhoso resgatar e discursar sobre conceitos e teorias que subsidiam a prática do dia a dia.

Ainda, assume-se que este posicionamento dos participantes pode ter sofrido influência do formato do roteiro de condução dos grupos revelando fragilidades neste instrumento, já que possivelmente induziu os participantes a pensarem de maneira dicotômica, numa dinâmica de “ou isso ou aquilo”.

*“É... eu fico pensando nessa coisa da atenção, de a gente se atentar a alguma coisa né, a gente estava conversando antes aqui e falando um pouco do território e de onde esse sujeito está inserido, né... porque, às vezes, a gente pensa em reabilitação, a gente tem que tomar cuidado com os valores que a gente coloca no outro. Eu acho que tem que ter uma visão mais... ampla de onde essa pessoa mora, de onde ela está, da questão cultural né, eu acho que do todo né... [...] pensar em reabilitação a gente tem que pensar em todos esses contextos[...].” (T1)*

Verifica-se no excerto acima que, embora o participante contextualize inicialmente sua fala em torno da Atenção, pensar cuidadosamente acerca da vida do sujeito em sofrimento em suas distintas dimensões vem amparado pelo discurso da Reabilitação Psicossocial. Supõe-se que a concretude nas dimensões do morar, da cultura e do estar talvez facilite uma compreensão do cuidado a partir da perspectiva da Reabilitação Psicossocial, até em função da definição construída pelo grupo sobre esta. Ainda que o participante não tenha aprofundado suas reflexões nessa direção e nem verbalizado sobre esta vinculação, supõe-se que a noção de Reabilitação Psicossocial seja mais próxima e aparentemente mais concreta para os profissionais em função da história de sua “chegada” e de suas contribuições no contexto brasileiro – principalmente no que se refere às concepções e ideologia de cuidado subjacentes às estratégias e dispositivos alternativos aos manicomiais - como já abordado em capítulos teóricos deste estudo.

Ainda, considera-se que até em função deste histórico e de sua publicitação nos diversos espaços de cuidado e formativos, Reabilitação Psicossocial tenha sido mais abordada no contexto dos cursos de formação graduada, o que possibilita vinculá-la às dimensões concretas de vida apresentadas pelo participante.

Nessa direção, verifica-se, entre os participantes, um investimento para ampliar a compreensão em torno da Reabilitação Psicossocial, dimensionando-a como uma prática que visa à vida em sociedade, que preconiza ações no território, comunitárias:

*“É... então ele (o termo Reabilitação) me incomoda nesse sentido, mas, ao mesmo tempo, é isso, eu entendo qual é a função dele dentro dessa expressão reabilitação psicossocial né... e aí por isso que eu falo do complemento assim, do olhar, da ação, da escuta, do acolhimento e que a gente precisa trabalhar o sujeito dentro dessa sociedade né, reabilitação psicossocial é pensar esse sujeito dentro dessa sociedade que a gente vive [...] a reabilitação psicossocial, se a gente for parar para pensar, é tipo a vida, pensar que esse sujeito tem que estar na vida. Na vida... não estou dizendo na vida normal, dita dentro da normalidade, mas é, ele tem que estar ali na vida” (T8)*

O discurso de T8 parece dizer de uma prática de Reabilitação Psicossocial que tem como horizonte a inclusão do sujeito na sociedade, mas, mais do que isso, que tal inclusão vislumbra uma vida possível para tal sujeito.

Assume-se que uma vida possível deve ser aquela que contemple planos, escolhas, desejos, pertencimento, acesso e trocas. Nesse sentido, revela-se aspecto fundamental projetar estratégias que auxiliem o sujeito em sofrimento psíquico na (re)construção destes aspectos na vida, posto que as pessoas, no geral, buscam por alguns (ou todos) destes aspectos ou por outros para produzir condições de existência e sentidos (e motivos) para viver.

Portanto, tomar a Reabilitação Psicossocial como prática que se compromete com o auxílio ao sujeito para que este seja, esteja e pertença a algo ou a algum lugar de sua escolha demonstra postura ética, política e responsável, mas também implica num fazer intimamente comprometido com ações territoriais e comunitárias para a transformação das relações que viabilizem esse “estar na vida”. Assim,

*“[...] a reabilitação psicossocial constrói-se, eminentemente, segundo uma racionalidade prática. Isto é, as ações psicossociais se dão no terreno dos contextos das necessidades de saúde dos usuários, expressas por meio de aspectos diferenciados de acordo com os distintos contextos culturais, sociais, econômicos e políticos. Trata-se de ações que buscam a democratização das condições da *Vida Boa* para pessoas em estado de exclusão desses espaços de produção social da vida, a inclusão dessas pessoas nos espaços e instâncias da vida coletiva que discute e constrói, permanentemente, o *Bem Comum*. Em outras palavras, estamos no terreno franco da práxis e, portanto, da dimensão política da existência humana (FIORATI; SAEKI, 2011, p. 81, grifos dos autores)*

Há um posicionamento bastante claro e consensual entre os participantes no que se refere à necessidade de que as ações de cuidado se processem fora dos serviços e contextualizadas ao território do sujeito para que se proceda com a Reabilitação Psicossocial. Estes aspectos ficam evidentes nos excertos a seguir:

*“[...] a reabilitação você trabalha muito o fora, o território, o Centro de Convivência, você trabalha o fora [...] eu acho que tinha que ser o topo, o primeiro a chegar, não sei você*

*entendeu o topo? Mas assim, o primeiro a chegar, é... que a gente poderia encaminhar, que a gente poderia trabalhar o fora” (T9)*

*“[...] a reabilitação psicossocial está engajada aí com o trabalho, além da saúde mental, com o território assim, por exemplo, quando eu trabalhei na saúde pública, NASF, Atenção Primária, você está na reabilitação psicossocial não precisa estar, numa complexidade de CAPS para trabalhar na reabilitação psicossocial. [...] mas a reabilitação está vinculado com o território e a ação ligada à vida do sujeito, assim, entendeu, não sei... Pode até ser no NASF, se você trabalha na reabilitação física, mas se você está no território com essa vida dele fora da clínica né, assim, fragmentada, porque aí você não trabalha reabilitação psicossocial, você não consegue nem articular direito no telefone o encaminhamento. Já trabalhei na APAE, por exemplo, estou pensando isso assim, na APAE ou numa questão mais neurológica, você faz uma parte, reabilitação psicossocial ela amplia a vida e o território do sujeito né” (T7)*

Os apontamentos de T7 evidenciam uma tentativa de reforçar e reafirmar com qual dimensão essencialmente a Reabilitação Psicossocial está comprometida, ou seja, a do trabalho no território, a da construção de vida possível para o sujeito em seu espaço comunitário. Nesse sentido, o participante extrapola o campo da saúde mental em defesa de que quando as ações de cuidado preconizam o território e a construção de possibilidades de trânsito pelo sujeito em seu contexto, então isso diz respeito ao processo de Reabilitação Psicossocial.

A despeito das variações apresentadas pelos participantes, fica evidente que pensar e proceder com a Reabilitação Psicossocial remete a um agir que acontece (ou vislumbra-se que aconteça) preferencialmente fora dos serviços, que vislumbra a vida social e o trânsito pelos espaços do território. Argumenta-se que esta concepção e posicionamento reiteram e sustentam a discussão anterior sobre a Reabilitação Psicossocial vir concebida por alguns participantes como prática que viabiliza a inclusão do sujeito na sociedade. Ainda, revela-se como a possibilidade de materializar a dimensão “habitar” – um dos eixos a serem trabalhados no processo de Reabilitação Psicossocial na abordagem de Saraceno (2001a) - transpondo a ideia do habitar somente como a casa física, incluindo os demais espaços onde haja interesse, desejo e investimento para criar raízes, laços e possíveis relações.

É também “o fora” que permite o contato mais concreto com a realidade social com tudo o que há de bom e de ruim nela, possibilitando o exercício da contratualidade e as consequentes repercussões na vida do sujeito.

Fiorati e Saeki (2011) concebem Reabilitação Psicossocial como uma série de estratégias que, pautada em um posicionamento ético, oferta auxílio aos usuários no resgate

de locais de trânsito, da possibilidade de se expressarem e de se verem legitimados socialmente. Nesse sentido, compreendem que tudo isso não se processa dentro do consultório, mas necessariamente no território, ainda que possa se iniciar em consultórios.

É a partir desta compreensão também que alguns participantes parecem defender a necessidade e importância do acesso quando no trabalho pautado pela Reabilitação Psicossocial. Como se verifica nas falas a seguir, o acesso é apontado em duas dimensões, mas que se complementam e parecem lhe conferir aspectos físicos, concretos, mas também simbólicos:

*“Quando a gente fala de reabilitação, eu acho que a gente precisa falar de acesso também sabe? Porque as pessoas podem, hoje a gente... tem uma questão, por exemplo, com o passe. Então, a maioria usa 4 viagens; não dá para usar mais, sabe? Daí tem que ser para tratamento, mas o nosso tratamento também é ele poder ir para o (nome do local) entendeu? Ele poder sair da região dele e poder... ir no cinema, ir no shopping, e a gente tem essa limitação, acho que é a limitação do passe gratuito né, é... e o acesso dos lugares. [...] É... eu fico questionando sabe, essa questão... que acesso a gente dá porque assim, e a (nome da empresa de ônibus) tem uma questão assim né - a (nome da empresa de ônibus) é a empresa de ônibus - tem um relatório que sabe o trajeto que as pessoas fazem né e daí se o relatório está que você não veio para o CAPS, ele corre o risco de perder” (T1)*

*“[...] o acesso não é também só ter o passe, mas, como é que essa pessoa vai se deslocar e, às vezes, pegar 2, 3 ônibus para chegar nesse lugar que ele precisa ser cuidado assim e de como que tem, que a vida oferece no meio do caminho, então pode ser que realmente ele não chegue pelo próprio estar longe” (T3)*

*“Que eu acho que isso também é pensar um pouco no acesso né, quando a (fazendo referência à T1) fala do acesso, acho que não é só... o acesso de poder se transportar né, do transporte e não sei o que, mas é um acesso do pertencimento assim... então a gente está falando aqui que tem essa coisa agora é do CAPS, agora é do AD, agora não... ele pode circular! o usuário é do município, ele pode circular por outros serviços e não só serviços de saúde mental né, outros locais, acho que isso também é... é pensar na reabilitação e eu acho isso muito, é um desafio ainda” (T6)*

Verifica-se nas falas acima que a discussão em torno do acesso se faz premente diante daquilo que os participantes apontaram compreender como uma das dimensões do processo de Reabilitação Psicossocial. Assim, a dificuldade de acesso, seja porque falta passe, seja porque os serviços são muito distantes e/ou porque a organização do cuidado proposto não viabiliza o acesso, tem caracterizado desafios importantes para prover parte da Reabilitação Psicossocial. Nesse sentido, os discursos dos participantes remetem à falta ou à fragilidade

das políticas do município em contemplar recursos para o campo da saúde mental, o que acaba por comprometer, dentre outros, o acesso nas dimensões apontadas.

Vale ressaltar que, embora as dificuldades e desafios vivenciados pelos participantes sejam importantes e absolutamente relevantes de serem discutidos, uma das categorias temáticas irá tratar destes em profundidade.

Assim, no que se refere ao acesso, importa ressaltar - trilhando o raciocínio dos participantes quando apontam a importância das ações fora dos CAPS, articulados ao território como um aspecto da prática da Reabilitação Psicossocial – que poder circular pela cidade, por outros espaços do território, não só possibilita trabalhar questões relativas às vivências reais, às trocas em suas distintas dimensões, à contratualidade e à possibilidade de operar também no âmbito das desconstruções e reconstruções sociais acerca do estigma que as pessoas usuárias da saúde mental carregam, mas permite a experiência do exercício de cidadania. Circular pelos espaços concretos e simbólicos, interagir com objetos, pessoas, tudo isso configura direitos essenciais de todo cidadão.

Saraceno (2011, p. 99) traz uma discussão sobre a relação entre cidadania, tolerância e acesso que contribui muito com os aspectos abordados anteriormente pelos participantes e com reflexões necessárias no campo para a produção do cuidado. Para o autor,

A cidadania é uma forma de tolerância que não é baseada na vontade nobre de uma minoria iluminada, mas, sim, na capacidade de organização dos recursos e das instituições que existem na comunidade. A tolerância como ética do respeito da igualdade dos seres humanos se transforma em ética de acesso às oportunidades materiais e afetivas de que uma comunidade dispõe. Agora já não se concebe mais uma ética privativa de filósofos, sacerdotes ou teólogos: a ética contemporânea é a ética do acesso, que muda a vida dos diferentes e de todos os normais, que em um momento dado da sua vida normal serão, também eles, diferentes; ética do acesso aos tratamentos, a ser escutado, ao apoio, aos recursos, às oportunidades, às trocas, às praças de mercado.

Um dos participantes problematiza a dificuldade do acesso, no que diz respeito à inserção das pessoas em sofrimento psíquico no mundo de trabalho, ampliando o escopo de análise acerca do acesso e dos enfrentamentos diários para que a Reabilitação Psicossocial se efetive:

*“Tanto é que a questão da reabilitação; hoje eu me vejo uma fazedora de relatórios de F70, porque a gente não tem uma política pública que nos dá possibilidade dos usuários terem direito às vagas especiais. A gente está num momento de crise, está difícil para qualquer pessoa emprego, ainda mais para pessoas que têm dificuldades. [...] A gente não consegue sentar para discutir e a gente ter força para fazer uma lei! Deveria ser Lei também, os usuários de saúde mental ter acesso junto com... com os F70's né” (T2)*



Um outro elemento que vem associado à Reabilitação Psicossocial e que se relaciona, de alguma maneira, com a questão do acesso diz respeito ao acompanhamento dos sujeitos em espaços da cidade. Este elemento se revela, na fala de alguns participantes, como ponto de sustentação para o processo de Reabilitação Psicossocial que, no entanto, dada as condições de trabalho e política de saúde mental do município tem se efetivado pouco, parecendo comprometer as ações de cuidado:

*“Mas eu acho que tem isso assim, acho que a gente acaba tendo o olhar e eu acho que a gente está num processo, às vezes, de mais facilitar as coisas do que o fazer junto, tipo, olha, estou pensando num caso que eu atendo já faz um tempo e que tem sido muito isso “ah, eu preciso tirar um documento, ah, então o caminho para tirar o documento é esse, mas eu não tenho tempo de ir junto e fazer essa retirada de documento junto. Vou no Poupa Tempo te acompanhar, não, não tá cabendo!”. Eu sei um caminho e aí eu indico, ah precisa fazer um cadastro no Bolsa Família para conseguir, agora para fazer o processo do INSS precisa do cadastro do Bolsa Família; eu consigo ligar e fazer o agendamento, ou orientar a procurar o CRAS, mas eu não consigo mais ir junto no CRAS e, ou acompanhar na perícia todos os casos que eu queria, eu consigo muito pontualmente em um né, mas assim, é, acho que a gente tem ficado muito mais na atenção e na facilitação dos processos para os direitos, para essa reabilitação acontecer do que efetivamente conseguir fazer a reabilitação do estar junto. Não que a reabilitação não aconteça, mas eu acho que a gente tem feito menos, mas é muito mais pela sobrecarga assim” (T8)*

*“Acho que quando você fala do território, da reabilitação eu penso o quanto a gente precisa estar atenta para as coisas da cidade porque assim, é legal saber que tem um evento lá no SESC que é gratuito; o quanto que a gente precisa estar vivo com essas coisas. Às vezes eu me acho que eu sou uma corretora de imóveis assim, eu fico passando pelo bairro e anoto os telefones das casas que estão alugando porque a gente sabe que tem usuário que quer dividir uma casa, pega, corretora de imóveis, sabe; ah, tem uma plaquinha de emprego! Parece que você tem que ficar a todo o tempo atento para as coisas que estão acontecendo para que a reabilitação, de fato, aconteça assim, mas você precisa se dispor... para estar junto fora” (T2)*

Verifica-se nas falas acima que fazer junto, acompanhar, se emprestar no processo de entrada ou retorno ao circuito das trocas sociais é fundamental para o processo de Reabilitação Psicossocial.

Importa destacar que, mais do que simplesmente estar junto fisicamente para facilitar alguns processos ainda pouco conhecidos ou acessados pelo usuário, é necessário haver disposição para estar com o sujeito fora da realidade e das atribuições internas do serviço, como sugerido por T2. Argumenta-se que é importante que a disposição para estar junto aluda ao desejo de estar com o outro, motivação para ativar desejos, uma aposta, confiança no potencial transformador daquela relação e empenho para fazer, de fato, uma parceria afetiva.



Acredita-se que, imbuída destes aspectos, uma parceria com o usuário pautada na Reabilitação Psicossocial - que vislumbra a construção de projetos de vida e sua concretização – apresenta grande potencial transformador.

Há outro aspecto que apresenta potencial para ser trabalhado quando no estabelecimento de tal parceria que diz respeito à (re)construção da contratualidade do sujeito. Kinoshita (2001) inclusive sugere que a Reabilitação Psicossocial pode ser pensada enquanto processo de resgate da contratualidade social do sujeito, vislumbrando o aumento da autonomia deste. Adicionalmente, reforça que

A contratualidade do usuário, primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida pelos profissionais que o atendem. Se estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois pela capacidade de se elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida, de modo que a subjetividade do usuário possa enriquecer-se, assim como, para que as abordagens terapêuticas específicas possam contextualizar-se (KINOSHITA, 2001, p. 56).

Outros elementos foram apontados pelos participantes como aspectos circunscritos ao processo de Reabilitação Psicossocial dos sujeitos. Nesse sentido, verifica-se um olhar ampliado acerca das necessidades das pessoas em sofrimento psíquico que envolve o morar, as relações familiares e sociais, como se verifica nas falas a seguir:

*“Quando a gente vai falando de reabilitação a gente também tem que pensar o quanto que essa família também precisa de cuidado para que esse sujeito também se estabilize, fique bem e a gente possa pensar em ações” (T3)*

*“[...] traçar uma reabilitação, mas junto com o sujeito e com os familiares e, não é só com os familiares, é com quem está em volta” (T1)*

*“[...] isso também é uma parceria, pensão, os donos das pensões, para reabilitação [...]” (T9)*

Toda essa elaboração e construção realizada pelos participantes parece ter encorajado um dos participantes a reunir os elementos até então discutidos e apresentar um compilado sobre como se pode fazer a Reabilitação Psicossocial. Nesse sentido, o participante propõe uma nova síntese, como se apresenta:

*“E aí eu acho que a gente está falando de várias formas de fazer essa reabilitação né... a forma que é só a gente fazer articulação, a forma que é o fazer junto, que eu também*

*particularmente gosto muito, que seria a ação de AT, é... de poder, de fato, ir e empoderar o sujeito para que, num segundo momento, ele possa ir sozinho. Mas a gente está falando de várias formas de fazer a reabilitação, entendendo que fazer a reabilitação a gente está também trabalhando a questão psicossocial, está trabalhando o individual pensando no “psi” do sujeito e do social, desse sujeito na vida social, micro e macro né” (T5)*

A despeito de todo o investimento feito pelo grupo em torno de elucidar o que vem a ser a Reabilitação Psicossocial e de que maneira ela se operacionaliza, houve participantes que teceram críticas sobre esta, tanto no que diz respeito ao termo reabilitação quanto em relação à maneira como, muitas vezes, se procede com esta e isso, em alguns momentos, tendo a Atenção Psicossocial como parâmetro de comparação.

Os excertos de fala a seguir ilustram essa condição:

*“É, eu, na verdade, eu tenho questões com o termo reabilitação e pelo jeito foi consenso, inclusive!!!! É... esse termo me incomoda bastante porque parece que a gente tem que colocar o sujeito dentro da caixinha e para ele se encaixar dentro da sociedade, assim, é... tem que se reabilitar para se colocar dentro dessa caixinha da normalidade” (T8)*

*“É... ai gente, eu não sei, fico pensando se a gente, eu fiquei pensando assim nessa questão da atenção sabe, porque a gente falou de um olhar mais ampliado inclusive para o território né, mas eu fico pensando a reabilitação muito meio na caixinha dentro do CAPS, eu gosto mais de trabalhar no território, ficar lá perto sabe, de onde as coisas acontecem, de como a pessoa vive e não ficar impondo” (T1)*

Foi possível verificar que a fala de T8 gerou movimento no grupo, houve uma manifestação coletiva concordando com as observações feitas pelo participante, no entanto, poucos se dispuseram a desenvolver ou complementar o elemento trazido por este.

Vale ressaltar que T8 já havia sinalizado o incômodo com o termo reabilitação ao longo da discussão, mas, num primeiro momento, parece ter optado por investir no que, para ele, significava Reabilitação Psicossocial, ou seja, inclusão social do sujeito, a possibilidade de ele estar na vida, como já discutido nessa mesma categoria temática em momento anterior. Porém, em situação oportuna, como vem retratado no discurso transcrito, expos o incômodo com o termo, já que, em sua opinião, ele remete à padronização do sujeito nos moldes socialmente aceitos para que este esteja incluído. Já T1, contrariando o conteúdo produzido coletivamente acerca da definição de Reabilitação Psicossocial - o qual contou com contribuições do próprio participante na mesma direção do grupo - refere que reabilitação remete à ideia do trabalho com o sujeito na “caixinha do CAPS”.

As contradições identificadas nos discursos dos sujeitos faz levantar algumas hipóteses, tais como: apesar dos participantes se engajarem positivamente numa discussão mais conceitual, aparentemente ainda existem incertezas sobre o que os conceitos significam na prática; os discursos podem ter comunicado o que os participantes desejam que venha a ser a Reabilitação Psicossocial na prática; a oportunidade de discussão coletiva talvez tenha feito alguns participantes revisitarem conceitos e teorias apreendidos ao longo da formação, bem como concepções, saberes e práticas elaboradas por meio das vivências profissionais, fazendo alguns deles refletirem sobre estes aspectos e reconsiderarem alguns apontamentos.

Ainda sobre o apontamento de T8, importa destacar que revela-se, em sua crítica, um incômodo com o termo reabilitação e o reducionismo/mecanicismo que ele evoca, mas não parece ser exatamente um problema com a locução Reabilitação Psicossocial e sim com o sentido que o termo reabilitação carrega historicamente. Apesar disso, não há como não considerar esta discussão relativa aos prejuízos de valor e sentido que o termo reabilitação, por vezes, carrega e problematizar suas possíveis repercussões.

Antecipa-se que, embora esta discussão (o que o termo reabilitação evoca e sua ressonância na prática) não tenha sido pautada pelos participantes do Grupo Focal dos Profissionais, foi possível identificar nas nuances de alguns discursos de tais participantes elementos e concepções físico-ortopédicas e normativas relacionadas à ideia de reabilitação. Assim, com o intuito de tornar, nesse estudo, a discussão sobre este sentido de reabilitação mais ilustrativo – posto que apareceu tanto no Grupo de TO's quanto no Grupo de Profissionais, porém com tônicas distintas – optou-se por fazer, na presente categoria, uma espécie de chamada para tal discussão, mas aprofundá-la nas categorias oriundas dos Grupos Focais de Profissionais, onde foi possível ilustrar as dimensões pautadas.

## 7.5 IMPLICAÇÕES DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA A TERAPIA OCUPACIONAL: BUSCANDO RAÍZES, TECENDO CONEXÕES

As oficinas dentro dos CAPS, enquanto estratégias para o cuidado, também foram alvo de reflexões e questionamentos sobre a função que cumprem e, em que medida, atendem aos preceitos da Atenção e Reabilitação Psicossocial, bem como se relacionam com a prática da terapia ocupacional. Foi possível verificar que, em sua maioria, o trabalho nas oficinas vislumbra a vida cotidiana e, portanto, fora do CAPS, atrelado à concepção de Reabilitação Psicossocial construída pelo grupo, como já desenvolvido em categoria anterior.

Na perspectiva de explorar a função das oficinas dentro do CAPS e mesmo de refletir sobre o que elas podem produzir, alguns participantes tecem reflexões sobre estas:

*[...] é... porque é isso né, eu acho que, às vezes, eu fico pensando, é que eu gosto muito de trabalhar mais para fora do CAPS do que lá dentro, para a gente não ter aquele menu de atividades e o que a gente está fazendo de questionar né.” (T1)*

*“Falando nisso a gente ganhou um vídeo game lá no CAPS e tem feito grupos de jovens de 5, 6 e passam a tarde lá. Eu acho muito interessante, mas ao mesmo tempo eu vou lá e falo, “esse vídeo game tinha que estar no Centro de Convivência!!!!, para essa molecada estar em outro lugar, para conviver com outras pessoas!!” Eu achei, estava lindo, o dia que eles estavam lá eu achei que foi, e... tem uma TV grande lá e tem uns vídeos disponíveis também, que eles podem mexer no DVD, fica bem aberto lá, esse espaço; estava essa molecada e eles conversando de coisas do dia a dia “e aí, mas você toma remédio, não toma, você estava usando cocaína, não estava”? Questão da, mas eu olhei e falei “gente, porque que esse vídeo game não está no Centro do Convivência né?” Que bom que está lá e que os meninos podem circular, eu acho que é o momento deles estarem participando de alguma atividade no CAPS, mas assim... [...] Mas tem rolado lá no CAPS. Eu sinto falta de ter outros espaços que eles possam se divertir né, é...” (T2)*

Os excertos acima revelam uma preocupação em relação às atividades que são desenvolvidas dentro dos CAPS, quase como minorando o potencial de práticas e oficinas que são realizadas dentro do serviço.

A análise dos conceitos e concepções já trazidos pelos TO's - discutidos em outras categorias temáticas - conduz à inferência de que, para os participantes, produzir práticas dentro do serviço dispara um receio sobre a possibilidade de “cronificar” os sujeitos neste espaço, ceifando-lhes as possibilidades de produção de vida, de sociabilidade, de trânsitos sociais. No entanto, vale destacar que os CAPS, na qualidade de dispositivos estratégicos para

a articulação com e entre serviços do território e constituição de um trabalho em rede (BRASIL, 2004), podem funcionar, em muitas situações, como o ponto de partida para o cuidado. Ou seja, pode ser o primeiro acesso, o lugar que recebe, que olha para o sujeito, que acolhe e que provê alguma dimensão de sentido para a experiência do sofrimento vivenciado. Nessa direção, pode ser o espaço potencial para a construção do alicerce para a vida comunitária. Se concebidos sob esta perspectiva, então é imprescindível que existam boas práticas e ofertas de cuidado que tenham como horizonte a “vida lá fora”, o acesso às trocas e às relações sociais, aspectos que podem ser viabilizados pelas oficinas desenvolvidas no serviço.

O que importa reforçar é que a possibilidade de alcance e trânsito das oficinas pelos mais variados espaços do território está condicionada ao seu potencial de produção de experiências e vivências compartilhadas que promovam o enriquecimento da vida de todos os envolvidos (KINKER; IMBRIZI, 2015), o que faz supor que experiências sociais e afetivas entre os sujeitos no âmbito das oficinas podem ser ativadoras de desejos para a vida social.

É compreensível e legítima a preocupação de T2 quando expressa o anseio pelo trânsito dos jovens por outros espaços que não somente o CAPS. Por outro lado, faz pensar sobre a riqueza do momento de trocas entre estes sujeitos, sobre o sentido produzido por aquele encontro, especialmente em relação à experiência do sofrimento e às vivências comuns à idade, situação em que a atividade (vídeo game) parece ter sido potencializadora. Faz pensar também sobre a vivência do serviço pelos jovens não simplesmente como espaço de tratamento, mas como espaço de encontro, de descobertas e porque não de alguma diversão. Argumenta-se que esta vivência pode ser o “aquecimento” para o passo seguinte, ou seja, o acesso a um Centro de Convivência, por exemplo, como sugerido por T2.

Importa refletir sobre o potencial das oficinas “dentro” (do CAPS) justamente como uma espécie de ensaio para estar “fora”. Nesse sentido

[...] o encontro com alguém na oficina ou *ateliers* e a produção/criação de um algo a partir desse encontro pode produzir uma saída para o aprisionamento. Criar um mundo no qual se possa habitar precariamente, provisoriamente, porém que dialogue, produza sentidos, linguagem. ‘Re-signifique’ e organize essa vivência do sem sentido, da angústia, do aprisionamento terrorífico no corpo despedaçado. Habitar uma casa aberta, com portas e janelas (YASUI, 2010, p.168, grifos do autor).

Talvez refletir sobre o que pensam acerca da Reabilitação Psicossocial, e com isso reafirmar que esta se compromete majoritariamente com a possibilidade de vida real no contexto social, tenha provocado certo desconforto ou crítica sobre o que se vem fazendo

neste espaço. Apesar disso, T2 pondera sobre o potencial dos espaços de oficinas dentro do serviço, ainda que reafirme a importância de outros locais de convivência, trocas e relações que não no ambiente de serviços de saúde.

Esse aparente conflito, mas também enfoque sobre a relevância de outros espaços de convivência e trocas, remete a uma discussão importante trazida por Saraceno (2001a) sobre o eixo trocar identidades, ou seja, é pertinente pensar e propor espaços sociais outros que viabilizem as trocas e, por meio destas, o estabelecimento de relações, o que produz condições de construção de uma rede social, respondendo a um dos pilares da Reabilitação Psicossocial.

Na mesma direção dos apontamentos feitos por T2, outro participante reflete sobre sua própria prática, na qualidade de terapeuta ocupacional, em oficinas dentro do CAPS e, ainda que esboce preocupação sobre o que faz e o que sua ação produz, parece ressignificar uma experiência e ver potência nela, na medida em que esta fez valer a máxima defendida pelos participantes sobre a importância de as experiências de cuidado dentro do serviço produzirem possibilidades para a vida real e social fora deste, o que parece lhe trazer uma espécie de tranquilidade e satisfação, como se verifica a seguir:

*“Eu fiquei pensando, posso falar um pouco da minha prática no CAPS; eu fico até, às vezes, pensando se é... enfim, questionamentos meus da minha prática, da minha clínica dentro do CAPS. Eu montei um salão de beleza no CAPS e aí, eu sempre pensei “Nossa, mas como você vai montar um salão dentro do CAPS sendo que eles precisam ir lá para fora”? Eu fiquei questionando isso, fico me questionando até hoje sobre isso, mas a (fazendo referência a outro participante), como a gente tem uma amizade muito grande aí e um companheirismo muito grande, eu sempre aprendi com ela que o paciente que dá o retorno para a gente. Quem reconhece o nosso trabalho é o paciente. E aí eu tive um momento tão bacana semana retrasada, porque eu faço esse salão de beleza, eu fico na parte dos meninos [...] E... e tem um paciente que ele não é da minha equipe de referência e ele começou a participar do salão e eu fazendo o cabelo dele e tal e ele falou uma época para mim “olha, o que você acha de eu começar a fazer”? Eu falei “ah, bacana, comigo aqui está tudo bem, só não fazer a barba, o restante você pode fazer”, tá bom. E ele começou. Na semana retrasada ele virou para mim e falou assim - ele mora numa pensão [...] também é uma parceria que a gente faz com os donos de pensão – ele falou assim que o dono da pensão [...] falou assim “Olha (nome do usuário), se você quiser, você pode pegar um lugarzinho que tem não sei aonde lá na pensão, colocar uma plaquinha no portão e falar que você está cortando cabelo”. E era um cara que, assim, ele trabalha com araminho, ele faz aqueles trabalhos, aquelas, lindo o trabalho dele... bicicletinha, é lindo o trabalho dele e ele fazia isso, só que assim, não conseguia vender... todo um processo né, psíquico dele e... Então eu acho que ele me dá um retorno de que aquele trabalho, aquela atividade está surtindo efeito para fora, né. Porque essa era a minha preocupação de colocar as pessoas para dentro, até mesmo quando vem alguém e eu falo assim “não, não, você não, você eu não corto, é lá no salão”, porque eu acho que tem pessoas e pessoas para participar do salão. Então na reabilitação, pensando no meu trabalho enquanto TO, pensando na imagem corporal, em quanto isso pode dar um novo contorno, pode se reestruturar, porque eu trabalho muito com, eu gosto muito dessa coisa de*

*não separar o físico do mental né, há uma complementariedade, não existe um sem o outro. Então, quando eu trabalho no salão de beleza, é mesmo para trabalhar esse físico que está deteriorado pelo psiquismo. Então, é... não sei se eu estou respondendo, assim, eu estou contribuindo, mas assim, como isso, o dentro né, mesmo sendo o salão de beleza tal, proporcionou algo lá fora.” (T9)*

A fala de T9 parece ampliar o espaço de reflexão sobre o potencial das oficinas sugerindo que estas podem sim cumprir com a meta de uma vida fora/social na perspectiva da Reabilitação Psicossocial, como elaborado pelos participantes. A leitura de T9 sobre o processo relatado inclusive dá suporte para a argumentação feita acerca do relato de T2. Este apontamento pode ser verificado na fala a seguir:

*“Mas acho que é igual ao que eu falei do vídeo game né, a gente pode e deve ter boas ofertas dentro do serviço, mas tudo vai da maneira como vai ser trabalhado e vai significar para o sujeito. [...] Mas eu acho também que as ações de dentro do CAPS, pegando um pouco do que a colega fala do salão de beleza, a gente tem várias oficinas dentro do CAPS, sempre com esse cuidado, né de... significar algo para que esse sujeito possa se apropriar e levar para a vida dele e para fora, o que é super bacana né? Eu tenho uma de culinária, gosto muito de cozinhar; eu faço uma oficina de culinária que é dentro do CAPS, mas... [...] A ideia é que ele possa se beneficiar para que ele dê continuidade na vida dele fora do CAPS. E aí fora do CAPS vai ser no (nome do estabelecimento), vai ser, de repente, se identificar e trabalhar num restaurante ou trabalhar numa lanchonete, é... sempre vou meio que tentando fazer esse trajeto.” (T5)*

Outro participante amplia a discussão acrescentando a noção de cotidiano, que parece vir dimensionada pela concepção de Reabilitação Psicossocial, mas também pela prática da terapia ocupacional, propondo a extensão de uma visão positiva que se possa ter acerca do que a prática desse profissional nas oficinas do CAPS pode oportunizar:

*“Eu gosto de pensar na palavra do cotidiano, no cotidiano assim, relacionar a reabilitação com o cotidiano e aí pensar que as atividades, oficinas que a gente oferece no CAPS é para que eles possam experimentar... tem o jargão né do cotidiano esvaziado de atividades significativas, então tá, está esvaziado: como que as atividades no serviço, no CAPS, as oficinas podem fazer com que as pessoas experimentem outras possibilidades de cotidiano e que isso pode ser levado para outros espaços depois né? Acho que a culinária eu posso experimentar aqui, então posso depois tentar levar para a casa uma receita mais fácil e fazer, alguém de casa olhar e falar “nossa, você cozinhou isso”? e aí poder ser reconhecido como alguém que produz algo significativo também né ou “para quê posso experimentar também em casa”, ou no salão de beleza, ou no ateliê, quando eles podem experimentar atividades plásticas que em outro lugar não teria e pode também se permitir que a criatividade desperte e que a gente possa... Eu gosto muito desse espaço do ateliê também que é onde eles, não é só ir lá e desenhar, mas é poder experimentar outros materiais que não experimentaria em nenhum lugar. E aí poder falar “nossa, eu sei pintar!” sabe “eu sei fazer*



*isso”, lembrar que em casa tem um negócio que ele pode ir lá e repintar, e refazer, ou levar para casa, decorar a casa com aquilo que fez... acho que o espaço do ateliê também é bem interessante. Mas quando a gente pensa nesse cotidiano, é poder circular pelo CAPS nessas diversas atividades, é poder levar um pouquinho para outros lugares também.” (T2)*

Nesse discurso verifica-se que T2 reconsiderou alguns aspectos discutidos no grupo e mesmo alguns dos apontados por ele anteriormente, conseguindo ampliar o olhar sobre as possíveis configurações das oficinas, bem como sua possibilidade de ser versátil no que se refere aos desdobramentos na vida dos sujeitos que as frequentam. Nesse sentido, partindo da noção de cotidiano, explora o potencial das “atividades da vida comum” que por vezes são ofertadas nas oficinas, as quais justamente por sua trivialidade parecem possibilitar o resgate de histórias pessoais, histórias de pertencimento, fornecendo elementos que permitem a (re)construção de novas histórias e novos itinerários.

Uma boa conversa à sombra de uma árvore ou uma caminhada pela cidade; ofertar uma atividade expressiva e descobrir potencialidades criativas; resgatar histórias de vida ao se preparar um bolo; apropriar-se do território, visitando locais e espaços da cidade; ajudar um usuário a organizar uma festa em sua casa; acompanhar um usuário a uma loja para comprar um rádio; pensar alternativas para moradia, projetos de geração de renda, projetos de inclusão social. Trata-se de um encontro produtor de vida. É estimulante ouvir de um usuário que, pela primeira vez, depois de meses de convite, participa da oficina e, ao final, nos olha e diz: “semana que vem eu volto”. Ou de outro, que não se comunicava com ninguém e, certo dia, passa a frequentar a oficina e começa a falar sobre sua vida, sobre sua história. Ou, ainda, aquela usuária, descuidada da aparência, que faz questão de nos dizer que naquele dia tomou banho e se arrumou para vir à oficina. São todos exemplos do cotidiano, de uma produção de cuidado feita de detalhes, de simples gestos que podem transformar uma vida, possibilitar ao usuário habitar o mundo, habitar seu tempo (YASUI, 2010, p. 170, grifos nossos).

Verifica-se que, em um determinado momento, a visão sobre o potencial das oficinas se amplia e fica mais possível vislumbrar suas qualidades em direção a proceder efetivamente com a Reabilitação Psicossocial e, portanto, atingir a meta de auxiliar o sujeito em seu percurso para a vida, fora do serviço. Esta perspectiva vem expressa na fala a seguir:

*“Esse espaço de saúde e beleza né, de cabelereiro dentro do serviço eu acho que é super reabilitação, assim...” (T5)*

Por outro lado, toda essa discussão também parece ter colocado em cena uma avaliação crítica sobre a atuação da terapia ocupacional dentro das oficinas no CAPS. Um participante apresenta o contraponto e analisa com aparente incômodo e preocupação a



condição, muitas vezes vivida pelo terapeuta ocupacional, quando este vem identificado com o trabalho estrito nestes espaços:

*“[...] é... eu tenho um pouco de uma crise e é uma crise que eu tenho eu acho desde que eu formei, da questão da TO só dentro das oficinas terapêuticas, o quanto a gente, às vezes, não só a gente, mas as equipes simplificam o trabalho da TO pelas oficinas. Não que eu, eu acho rico, as oficinas são muito importantes, eu acho que vocês pontuaram isso maravilhosamente bem aqui, os grupos terapêuticos, é... mas o quanto, às vezes, se tenta simplificar a TO só pelos grupos, assim. Por exemplo, uma coisa que me angustia muito é quando chamam o ateliê de sala da TO. Tipo, eu lembro quando eu cheguei no CAPS e foram me apresentar o serviço e falaram assim “ah, esse aqui é o ateliê” - e aí foi um psicólogo que me apresentou – falou assim “ó, mas eu também uso!” Como se estivesse se justificando para mim, tipo, que ele usa, que ele é um psicólogo e que ele usa o ateliê daí eu, tipo, “mas a sala é uma sala muito CAPS, não é uma sala da TO” né, qualquer profissional tem que estar apropriado daquele espaço! E aí eu fico pensando, por exemplo, eu não sei e não tenho interesse: artes plásticas não é meu forte, não adianta, não sei que tinta usar, não sei o que fazer... Fiz um grupo de mosaico na época de estágio, mas assim, se hoje for pegar não vou saber, né, como trabalhar com pastilha, com azulejo, não sei que tinta pintar o que, como é que dilui tinta óleo, não sei, não tenho interesse, não é a minha área, a minha área é outra dentro da TO; gosto dos grupos de corpo, gosto dos grupos com costura, com linha né, essa é... Mas aí tem um psicólogo lá que sabe fazer e que curte, vai lá meu caro, o ateliê também é seu e aí eu acho que isso é uma questão quando tenho para me colocar que a TO dentro da reabilitação psicossocial é fazer grupos para reabilitar sujeitos para fora e aí quem faz a função de AT é de outra pessoa assim.” (T8)*

Verifica-se, na fala acima, um incômodo na forma como a relação TO versus oficinas é percebida dentro dos serviços, num movimento de afirmação de que a profissão no contexto do serviço não se resume a isso e sim que esta é uma parte de sua prática dentro da Reabilitação Psicossocial, mas que, no entanto, parece ainda haver uma cultura sobre a atuação do terapeuta ocupacional estritamente relacionada a atividades em oficinas que vislumbram o fora, mas que não o fazem efetivamente.

Talvez a forma como os demais profissionais da equipe concebam a terapia ocupacional, bem como compreendam sua atuação (estritamente em salas com grupos), como apontado por T8, seja resquício de uma identidade que sustentou por muito tempo a prática deste profissional no âmbito da psiquiatria, sendo suas atribuições neste âmbito a “matéria prima” das atuais oficinas terapêuticas (COSTA; FIQUEIREDO, 2004).

Por outro lado, para além do incômodo gerado pela imagem estereotipada da terapia ocupacional no serviço, o discurso de T8 suscita uma discussão que diz respeito à necessidade de os trabalhadores de CAPS, a despeito de suas formações graduadas, compreenderem a função e importância do uso das atividades quando nas ações de cuidado no serviço,

especialmente quando estas são realizadas nas oficinas. Isso porque ao longo do processo de transformações epistêmicas e teórico-técnicas que vêm possibilitando a transição paradigmática do modelo asilar para o psicossocial, a concepção de atividade e o seu uso também foi e vem sendo alvo de constantes revisões para que as atividades cumpram com os princípios vigentes norteadoras do campo. Ou seja,

A utilização de atividades em saúde mental implica, então, pensar uma clínica construtiva e inventiva de novas possibilidades e novas formas de vida. Uma clínica comprometida com a construção e a produção de uma subjetividade aberta à alteridade; uma clínica sempre atenta àquilo que propicia a criação e potencializa os processos de transformação do cotidiano. Uma clínica que possa ser praticada como um exercício de expansão e aliança sensíveis aos processos de singularização (LIMA, 2004, p. 77).

O relato de T8 traz a tona uma discussão que remete ao percurso histórico da terapia ocupacional no campo da saúde mental, especialmente no que diz respeito à trajetória de desenvolvimento de seu arcabouço teórico-prático neste campo, às marcas que carregou ao longo da história da psiquiatria, à ideologia que respondeu e como vem sendo capaz de se comprometer com um modelo assistencial que responde aos pressupostos da Atenção Psicossocial, como já discutido em um dos capítulos teóricos deste estudo.

Em suma, parece que em relação ao binômio “oficinas no CAPS versus prática do terapeuta ocupacional” surgida do primeiro encontro do Grupo Focal, as perspectivas flutuam, gerando considerações que se apresentam ora ressaltando a viabilidade e potência desta relação, ora colocando luz sobre os desafios que ainda precisam ser enfrentados para legitimar uma prática profissional descolada de uma visão ultrapassada que engessa a terapia ocupacional como profissão que faz atividades em oficinas dentro do CAPS.

Por outro lado, quando a temática sobre as oficinas no CAPS foi retomada no segundo encontro de Grupo Focal, a partir de uma das questões do novo Roteiro de Questões (ROTEIRO 2 – Aprofundamento de questões), foi possível identificar que, apesar da retomada de alguns conteúdos trazidos no primeiro encontro, novos elementos foram acrescentados, enriquecendo e ampliando a discussão tanto acerca da potencialidade deste dispositivo dentro do serviço quanto da atuação do terapeuta ocupacional nele e suas contribuições.

Uma das formas de abordar essa questão das oficinas novamente passou pela discussão sobre o tipo de oficina – se terapêutica ou se de geração de renda – seus objetivos e as diferenciações entre os profissionais quando na condução destas.

Os relatos a seguir ilustram a discussão do tema que se deu em torno dessa comparação com enfoque nas oficinas de geração de renda:

*“Acho assim, tudo é um objetivo que tem entendeu? Da oficina né? Não sei, não é uma coisa só para TO, não vejo assim... [...] A (referência a um dos participantes) eu sei que ela faz uma (oficina) de mosaico, mas que é de geração de renda... eu nunca acompanhei assim, mas eu sei que deve ser diferente porque eu conheço a monitora de atividades. Eu acho que quando você está lá e está a outra (fazendo referência à monitora), eu acredito...” (T1)*

*“Acho que a finalidade da oficina (de geração de renda) acaba sendo uma; quando a (monitora) está, ela tem muito conhecimento técnico e o pessoal assim do grupo, também que está lá há bastante tempo, também tem uma troca grande entre eles e a (monitora) tem toda essa confiança do grupo né? Essa questão técnica né? E quando eu estou, o meu olhar acaba sendo mais para promover o grupo dentro da geração de renda sabe? De uma outra ordem, inclusive que não é do fazer ali, do objeto. Eu, pensando, avaliando esta oficina em específico, qual a contribuição maior da (monitora) e maior minha, não que eu não auxilie eles lá, mas acho que acaba tendo esta percepção... O ano passado eu acabei, por exemplo, falando com o pessoal do (nome da empresa), tentando pensar nas frentes para o grupo tentar uma promoção na geração, então aí a gente já está falando do olhar da TO em específico para a reabilitação psicossocial, então como aquele grupo vai, a partir do objeto, ter a geração de renda em específico e em quais espaços ele vai estar, então acho que tem essa grande diferença [...]” (T4)*

*“E essa oficina (de geração de renda) já tem uma outra conotação, porque quando a gente fala de oficina de geração de renda, tem outra conotação, você está falando para fora e o próprio fazer, por exemplo, ou pelo menos o meu modo de tentar compreender também é diferente, do jeito da oficina que eu estava falando da ambiência, onde é possível o sujeito fazer dentro das condições que, naquele momento, ele consegue fazer e aí a estética, a produção final não temos que nos preocupar tanto, vai ter que ser valorizada dentro da condição dele naquele momento, mas a produção final de um produto de geração de renda, a gente já tem que ter um olhar um pouco mais cuidadoso porque se não você não vai conseguir colocar o teu produto, do teu paciente, à venda ou se não vai ser aquela famosa venda beneficente que eu abomino quando a gente fala de oficina de geração de renda né, que neguinho vai lá “ah, vou comprar para ajudar”. Não! você vai comprar porque você está vendo, porque você está vendo que o produto é legal, porque esse produto te interessa, então você vai comprar” (T5)*

Verifica-se nos relatos anteriores uma tentativa de ir caracterizando o que especificamente o TO faz nas oficinas, o que vem pautado pela diferença entre as oficinas terapêuticas e as de geração de trabalho e renda, cujo enfoque é em torno da diferença de objetivo em ambas. Ainda, o que vai ficando evidente também é a busca por elucidar uma espécie de identidade profissional nesse contexto.

Importa dessa discussão ressaltar que, as diferenças entre as oficinas terapêuticas e as de geração de trabalho e renda não se resumem somente aos objetivos específicos de cada uma delas, ou melhor, o fato é que os objetivos das atualmente denominadas iniciativas de inclusão social pelo trabalho vêm sustentados (ou deveriam vir!) por conceitos, concepções e princípios que conferem a estas a qualidade de serem espaços potentes para a experimentação pelos sujeitos de atividades de trabalho, de práticas que remetem à possibilidade destes sujeitos vislumbrarem e desejarem uma vida mais ativa da qual o trabalho seja uma escolha e um direito exercido, um projeto pessoal, de se sentirem produtores de algo não só material, mas também social e afetivo.

Obviamente as oficinas terapêuticas cumprem função importantíssima no contexto das práticas de cuidado – o que se buscou explicitar ao longo da discussão dessa temática – no entanto, a presente discussão acerca da distinção entre as modalidades de oficinas (se terapêuticas ou se de geração de trabalho e renda) cumpre aqui uma função social e política, especialmente no que diz respeito à importância de reassegurar, defender e militar sobre a necessidade de o trabalho para usuários da saúde mental, na modalidade como tem sido fomentada e praticada, ser concebido e disponibilizado aos sujeitos como direito de todo cidadão.

Trabalho como direito, como uma dimensão da vivência de algum nível de cidadania; são aspectos que encontram fundamentação na perspectiva de Reabilitação Psicossocial difundida por Benedetto Saraceno e que vem, há tempos, sendo assumido no processo de Reforma Psiquiátrica como estratégia para outras formas de existência possíveis, de entradas no jogo social, bem como de participação e pertencimento.

Acrescenta-se a estes apontamentos as reflexões produzidas por Luiz; Leal e Galletti (2018), para as quais o trabalho, quando compreendido como direito de cidadania, acrescido dos ganhos provenientes da união entre os princípios da Reforma Psiquiátrica e os da Economia Solidária, revela-se elemento ímpar para a projeção de espaços de trabalho dignos e que impulsionam a superação do preconceito e do estigma.

Outra dimensão dessa discussão se deu a partir das oficinas propriamente ofertadas como espaços de cuidado dentro do CAPS denominadas por alguns participantes de terapêuticas. Quando a tônica da discussão recaiu sobre esta modalidade de oficina a discussão parece ter se concentrado mais em elucidar os atributos do TO e suas consequentes contribuições nestes espaços quando comparado também às demais categorias profissionais:

*“A TO tem tudo a ver (com a prática nas oficinas no CAPS), eu acho que a gente está conseguindo talvez falar isso o tempo todo, mas eu acho... falando disso, e aí na prática mesmo de dentro do serviço para a gente tentar visualizar desse questionamento o quanto o TO contribui ou não, ou tem diferença de uma oficina dirigida ou acompanhada pelo profissional de terapia ocupacional ou não, por outro profissional. Lá no meu serviço tem um grupo chamado de “ambiência”, ele compõe vários profissionais, duas psicólogas que puxaram esse grupo, uma funcionária que tem a função de ser monitora e o monitor tem a função principal, eu diria, de trabalhar a atividade mesmo, trabalhar vários tipos de atividades, tem técnico de enfermagem, enfim, e não tem TO! E é interessante ver a condução e usa muito a atividade, a abordagem deste grupo é basicamente a atividade de vários tipos, que inclui a ambiência. E é interessante, vez ou outra a gente dá uma passada, dá uma parada para ver porque fica em um espaço aberto, inclusive, geralmente acontece nos espaços abertos da convivência do CAPS. O como as atividades, muitas vezes, que está acontecendo no espaço são conduzidas por esses profissionais ou, às vezes, por exemplo, o uso de algum material específico os profissionais têm medo de usar tipo uma tesoura com ponta, um estilete, uma furadeira que, às vezes, precisam usar, os profissionais estão tudo “ah, será que dá para usar, será que não dá para usar, será que o paciente vai, será que o paciente não vai, será que é perigoso, será que não é... Ou mesmo o fazer, o quanto o fazer, o olhar deles é para um fazer perfeito, então está fazendo um cartaz lá para uma coisa, então tem que estar bonitinho, florzinha aqui, coisinha aqui, escrita retinha, enquanto que se fosse o olhar da TO, muito provavelmente a gente ia estar instrumentalizando esse sujeito a fazer aquilo que está sendo proposto a fazer, mas fazer do jeito dele, sem... e também com uma apropriação maior do uso de ferramentas assim... não restringindo o uso de determinada ferramenta, mas podendo fazer de uma maneira mais, dando contorno né. Então acho que sim, na minha visão aí o olhar da TO para as atividades, mesmo que elas não sejam atividades estritamente terapêuticas, não seja um atendimento de terapia ocupacional, onde o TO vai estar usando principalmente o recurso da atividade, mas ainda assim o TO pode qualificar sim a atividade desenvolvida, seja na oficina de ambiência, seja na oficina de jovens... [...] Sim, eu penso que o TO pode ter uma contribuição específica aí do uso da atividade e o quanto, qual o efeito que essa atividade vai produzir no sujeito e a maneira de fazer essa atividade né...” (T5)*

*“Ó, eu também coordeno algumas oficinas, coordeno não né, faço, participo... mas eu acho bem agregador essa presença do TO, não só no resultado final ou “para quê vai ser feito”, mas em cada processo realizado, nesse processo de pensar etapas, mudança de trajetória, adaptações, ou agregar, e aí na reabilitação né, de chamar a comunidade para dentro, às vezes, do CAPS para fazer essa desmistificação da loucura e a reabilitação em si, eu acho que sim o TO vai agregando um pouco, não sei se é o TO gente, mas eu acho que sim, a gente tem uma coisa da análise da atividade, então vai parando nos processos, parando e pensando...” (T7)*

*“A gente não tem a técnica de todas as atividades e não é para ter mesmo, e como é que a gente monta essa parceria de poder chamar alguém que trabalha em um museu, que faz um negócio com fotografia que possa vir fazer uma oficina de fotografia dentro do CAPS ou a gente vai no museu para fazer essa oficina de fotografia no museu, sabe? E aí a gente fica com essa parte terapêutica da análise da atividade, pensar que talvez a fotografia precisaria ser de tal forma, que talvez essa técnica não vai dar certo, mas que ele pode aprender uma outra técnica de fotografia que aquela que ele está ensinando talvez não dê né... Então eu*

*acho que é essa questão que tem a ver com o olhar. Então a oficina terapêutica, o grupo, não é o fazer da TO, mas tem essa questão do olhar, de pensar a adaptação da atividade, de pensar como é que eu vou...” (T8)*

*“É isso, não é nosso, a atividade também não é só a gente que faz, mas a gente aprende muito com o outro, tem uma coisa assim no nosso olhar sim, como tem o olhar do outro sim também de coisas que a gente não percebe, então a gente fica atento, aprendo muito assim com quem trabalha comigo também né” (T1)*

*“Mas é bem legal essa diferença que a gente acaba tendo dentro da oficina, se complementa no trabalho e, é... a monitora também é uma pessoa que está há bastante tempo na reabilitação, então ela também tem muito esse olhar, tem uma grande contribuição, mas eu acho que é bem dentro do que a gente está falando: que não necessariamente é o TO que vai conduzir uma oficina e qualquer outra atividade dentro da reabilitação, mas qual é o uso ou, uso não né, mas a maior, o que o TO vai fazer em relação a isso né, como é que ele vai se utilizar dessa atividade para pensar no projeto da reabilitação ou para instrumentalizar o processo de reabilitação, eu acho que isso sim...” (T4)*

O que se verifica na abordagem desta temática sobre as oficinas dentro do CAPS e sobre a atuação do TO nestas, é que a tônica da discussão mudou do primeiro para o segundo encontro. Ou seja, os relatos do segundo encontro revelam uma espécie de relação mais harmoniosa tanto em relação à função e contribuições do TO nas oficinas e no trabalho conjunto com os demais profissionais da equipe quanto em relação à função propriamente das oficinas em suas distintas formatações.

Neste segundo encontro a ênfase parece ter recaído sobre a importância e potência do TO nestes espaços, e isso muito a partir de comparações com a atuação dos demais profissionais. Nesse sentido, do primeiro para o segundo encontro, esta temática parece ter sido nutrida e ampliada a partir da inclusão de novos elementos, bem como da ponderação de alguns aspectos.

Importa destacar que, embora tenha havido investimento por parte dos TO's em ressaltar seus atributos específicos e a contribuição destes em comparação aos demais profissionais, no contexto atual da saúde mental o uso das atividades deixa de ser exclusivo do terapeuta ocupacional, representando importante recurso na clínica da Reabilitação Psicossocial e, portanto, de acesso e uso de todas as categorias profissionais. Nesse sentido, é possível inferir que há uma diluição da especialidade da terapia ocupacional em relação às demais profissões. De forma geral, o rompimento das barreiras impostas pelas especialidades, revela-se posicionamento positivo das equipes no âmbito da reconstrução da perspectiva de clínica da saúde mental (CONSTANTINIDIS; CUNHA, 2016).



A discussão em torno do trabalho da TO nas oficinas, no primeiro encontro de Grupo Focal, parece ter mobilizado questões relativas à especificidade profissional num contexto em que a interdisciplinaridade se faz necessária e desejada, bem como se apresenta como diretriz para o atual modelo de assistência em saúde mental.

Um participante faz apontamentos acerca desta questão evidenciando uma espécie de conflito, mas também ressaltando este aspecto como algo ainda não bem resolvido:

*“Por mais que eu ache que dentro dos CAPS é uma coisa muito boa e que não tem muito essa diferenciação, todo mundo faz tudo, todo mundo faz o acolhimento, todo mundo faz atendimento de referência, AT, é... e também é uma coisa que, às vezes, a gente não consegue parar pra pensar; tá bem, estou num CAPS, eu sou TO, todo mundo faz tudo, mas o que é meu dentro dessa reabilitação? O que é da TO dentro da reabilitação psicossocial, que, é... não como uma reserva de mercado, mas assim, de especificidade mesmo porque se fosse para ser todo mundo igual estava lá só a TO que, né, seria maravilhoso. Mas não é, é uma equipe mista, com vários tipos de profissionais porque, obviamente, cada um tem a sua especificidade. E aí são coisas que, assim, ao mesmo tempo eu acho super legal que todo mundo faz tudo, ao mesmo tempo tem, gera essa questão assim: tá, e aí? A TO dentro desse universo, a gente está aonde? Acho que essa pergunta é super importante, acho que, às vezes, a gente está tão mecânico, de todo mundo faz tudo, que a gente não para pra pensar no que é o nosso objeto ali dentro de trabalho assim, né. O que a TO pode fazer enquanto TO assim, não enquanto profissional do CAPS, mas enquanto TO num CAPS: o que a gente pode fazer de especificidade e para possibilitar aí essa reabilitação, pensar a questão psicossocial, pensar a vida desse sujeito que a gente está acompanhando.” (T8)*

Verifica-se no relato de T8 uma busca por identificar sua especificidade profissional num contexto de CAPS e isso vem subsidiado pela dimensão do trabalho na perspectiva da Reabilitação Psicossocial, como apontado pelo participante.

Esta colocação remete a uma discussão importante e necessária que o trabalho interdisciplinar de certa forma impõe, ao mesmo tempo em que evidencia que este formato de trabalho ainda gera dúvidas, questionamentos e reverbera entre os profissionais enquanto dúvida sobre sua especificidade.

Supõe-se ainda que estes questionamentos, sob a tônica que foram pautados pelo participante, tenham sofrido influência da discussão anterior sobre a imagem estereotipada da terapia ocupacional concebida pelos demais profissionais dos CAPS. Ou seja, o presente discurso parece uma tentativa de assegurar a especificidade do terapeuta ocupacional no CAPS como forma de localizar sua identidade profissional e assim, diluir e ir desconstruindo um suposto rótulo, como anteriormente explorado por T8.

Na mesma direção de T8, outro participante busca esclarecer tal conflito acerca da especificidade do terapeuta ocupacional justificado pelo uso das atividades como um

instrumento específico deste profissional, mas que no contexto das oficinas em CAPS passa a ser de uso comum de outras áreas. No entanto, parece que para este participante a consequência desta condição é uma espécie de desvalorização daquilo que seria técnica específica da terapia ocupacional e que, de maneira pejorativa, condiciona o terapeuta ocupacional a uma espécie de recreacionista, como se verifica no relato a seguir:

*“Mas a gente vive no cotidiano de trabalho hoje um grande conflito, né, que a gente, o tempo todo, fica se pegando porque, se a gente pensar na atividade concreta, atividade enquanto recurso terapêutico, é... é algo do TO, mas também como a atividade em si ela proporciona, ou pode proporcionar aí momentos de reorganização do mundo interno e externo do sujeito; hoje, nesse trabalho nosso né, multi e interdisciplinar, a gente o tempo todo se depara com um psicólogo fazendo atividade de ateliê, o monitor, o técnico de enfermagem né, é... e aí quando vem para o TO vem com uma visão talvez deturpada do que é atividade, a gente acaba sendo colocado como recreacionista, como alguém que ocupa, como alguém que entretém lá o sujeito em alguns minutos né, e isso é um grande conflito para mim” (T5)*

Chama a atenção o apontamento feito por T5, especialmente no que se refere a se perceber enquanto categoria profissional que ocupa os sujeitos, ou como um recreacionista, como apontado por este. Esta compreensão parece novamente atualizar um passado em torno de críticas e compreensões deturpadas sobre a identidade desta profissão, bem como de sua importância e função. Revela ainda que talvez esta “cultura” que acompanhou o processo de formalização da terapia ocupacional ainda se faz presente, mesmo com todas as transformações e avanços realizados pela área.

Por outro lado, é possível que a colocação feita por T5 seja uma espécie de reclame acerca das supostas consequências de o instrumento maior e identitário da TO – as atividades – passar a ser de uso e “domínio” de todos, ou seja, é como se isso retirasse do TO aquilo que o define e identifica, “desqualificando-o” perante os demais profissionais; ao mesmo tempo em que, o fato de as atividades poderem ser utilizadas por qualquer profissional passasse a ser algo banal, restando ao terapeuta ocupacional lugar semelhante de “banalidade”, como sugere o conteúdo do discurso de T5.

Apesar dos apontamentos de T8 e T5, um dos participantes parece tentar ponderar esta condição sem considerá-la efetivamente como um conflito, mas buscando dimensionar e explicar de que maneira esta “mistura” ocorre, no geral, de forma coletiva no serviço por conta da transdisciplinaridade instaurada. O participante aparentemente se mostra mais tranquilo em relação a essa condição justificando, inclusive, a partir de sua compreensão, de que forma isso se processa:



*“Isso que eu queria falar, não sei se é mais um tópico aí, mas eu trabalho no CAPS, a gente trabalha com referências né, técnicas, e isso traz um olhar transdisciplinar né, e você vai, você entra na dinâmica familiar, você articula recursos e aí você se abre para o mundo e para essa, para o projeto de vida do sujeito. E isso se mistura muito, assim, a outra referência que é psicólogo também vai na linha do fazer, das atividades humanas e aí, é... eu sinto assim, nas discussões de caso de uma mini equipe tal, assim, aí tem isso, aí agora eu acho que eu preciso da sua especificidade, e agora eu preciso da sua, vamos fazer uma questão mais individual desse momento pontual... Acho que aí que entra um pouco, né... mais do que a gente estar nas oficinas ou no ateliê porque aí também a gente se mistura.” (T7)*

Verifica-se nos relatos acima que, a despeito da compreensão e impactos desta modalidade de trabalho, a forma de fazer não está muito clara e isso se revela nos apontamentos sobre ser um trabalho multidisciplinar, interdisciplinar e mesmo transdisciplinar. Essa condição evoca uma discussão fundamental sobre o que são e como se dão estas formas de realizar o trabalho em equipe.

A discussão sobre a inter e transdisciplinaridade foi retomada no segundo encontro de Grupo Focal e isso se deu por duas vias; uma foi por meio de uma fala espontânea, feita por T7 ao longo de uma discussão mais ampla e não exatamente vinculada ao tema que, na mesma tônica otimista do que havia proferido sobre o tema no primeiro encontro, o resgata e lhe acrescenta alguns elementos da prática do terapeuta ocupacional para sustentar sua argumentação, como se verifica no relato a seguir:

*“Ao mesmo tempo, eu estava conversando com uma colega psicóloga esses dias e assim, o quanto ela usa muito a atividade na prática dela, e ela gosta disso. A gente fala assim, o fazer humano é do humano né, não é só da T.O; a psicologia não é só ela que vai fazer a escuta qualificada né, então, a gente trabalha nessa transdisciplinaridade no CAPS, deveria pelo menos, e aí essa discussão vai enriquecendo muito cada olhar” (T7)*

A segunda retomada do tema se deu no momento em que a pesquisadora, na qualidade de moderadora do segundo encontro de Grupo Focal, apresentou uma das questões contidas no novo Roteiro de Questões (ROTEIRO 2 – Aprofundamento de questões). A questão era a seguinte: *“Vocês falaram sobre o conflito e confusão que o trabalho interdisciplinar/transdisciplinar gera, sobre dúvidas que isso traz sobre a especificidade profissional do TO. Vamos falar mais sobre isso?”*.

Após a apresentação desta e o convite para sua discussão, os participantes que se colocaram pareceram abordá-la neste encontro sob um enfoque diferente, ou seja, como sendo uma questão já superada, contrariando a tônica assumida no primeiro encontro, quando esta

foi trazida como uma espécie de conflito e até mesmo de elemento que os fazia questionar sobre a especificidade do TO no contexto de trabalho no CAPS.

Supõe-se que tal diferença se deva ao fato de no primeiro encontro de Grupo Focal essa temática ter emergido como resultado da discussão acerca do uso das atividades no CAPS e do trabalho pelos diversos profissionais em oficinas, indicando que havia um incômodo subjacente (que foi verbalizado por T5 e T8 sobre a especificidade da TO no CAPS, a desvalorização deste profissional pelos demais em função da banalização do uso das atividades), o qual acabou sendo evocado e vindo à tona, sendo verbalizado por T5 e T8 como apresentado anteriormente. Já no segundo encontro, a questão ao ser feita de forma “estanque”, sendo trazida pelo moderador (vindo “de fora”) e não como resultado de discussões daquele coletivo (vindo “de dentro”), talvez tenha feito os participantes acessarem outros domínios, ou seja, talvez tenham pensado sobre a questão da interdisciplinaridade de maneira “disciplinar”, formal e não da ordem dos afetos, como parece ter acontecido no primeiro encontro.

*“Ai, eu não sei se me pega mais essa coisa do... o que é meu, o que é do outro, eu acho que eu já passei dessa época... Não sei se é o tempo, se é a maturidade, não sei, mas eu não...” (T9)*

*“Eu não tenho problema, assim, eu não tenho mais esse porque isso é meu, o que é do outro, assim. Quando eu entrei eu via que as pessoas disputavam o espaço, sabe assim “isso aqui é meu!” Tem uma colega nossa que é isso né, “isso é meu ninguém mexe!” Faz uma oficina lá de costura, e eu achava estranho de “isso é meu sabe!”. Aquela coisa de ter que marcar o território, tipo... Hoje a gente consegue compartilhar muito mais coisa, eu acho que tem, às vezes, uma brincadeira, umas provocações, mas a gente também provoca o outro né?” (T1)*

*“É tão... Eu na verdade me perco nos conceitos assim, porque para mim isso fica tão... é... abstrato no sentido, tipo, é uma coisa que a gente vê e depois eu não, sabe quando você não pensa mais nessa coisa de inter, trans, você só está lá fazendo, compartilhando, construindo em equipe, e aí isso meio que, sei lá, o conceito que para mim se perde, entendeu?” (T8)*

Adicionalmente, novos elementos foram acrescentados a esta discussão neste segundo encontro, revelando alguns desafios que o trabalho interdisciplinar impõe:

*“Pra mim a questão é essa mesma, o conflito para mim é quando a gente não compartilha né, isso é de TO, vai lá você TO e faz... aí não, espera lá né! Porque é só meu? O sujeito, pensar junto...” (T7)*

*“Acho que tem essa angústia do não compartilhamento em algumas situações, de algumas coisas de grupo, que eu acho que pega particularmente para mim, é... das coisas que vão acontecendo no CAPS e que, às vezes, não chega, e que a gente, às vezes, não consegue pegar... [...] Eu sinto isso, um pouco de falta disso dentro do CAPS III assim, das vezes desse não compartilhamento. Então, às vezes, a gente está com uma dificuldade em um grupo por qualquer questão e a gente não tem um tempo para conversar sobre isso assim... mas eu acho que eu também estou nessa de que eu já não tenho muito essa crise do que é da TO, do que não é, acho que isso... dentro do serviço pegam essas coisas né, do que a gente já colocou aí do encontro passado, então “ai não, isso é da TO, a TO vai fazer lá o grupinho, vai fazer ocupação”, essas coisas de desvalor que eu acho que ainda pegam quando tem esse desvalor do nosso fazer, mas eu também acho que isso, o trabalho...” (T8)*

*“O que eu vou falar acho que não tem muito a ver, é mais para resgatar a fala da (faz referência à T8) quando ela falou dos projetos terapêuticos e da atividade nos projetos terapêuticos que, às vezes, tem uma questão de o próprio PTS criar uma grade de atividades, e aí a gente não consegue compartilhar o que o paciente está fazendo, o que o usuário está fazendo em outros espaços né? Que é um pouco do que você estava falando, e porque no CAPS a gente tem um pouco disso, da atividade permear a prática de vários profissionais, desde o técnico, monitor, e aí a gente vai compondo o projeto terapêutico dentro dessas grades, e aí pouco a gente consegue discutir... Acho que essa é uma outra problemática, mas que envolve um pouco dessa transdisciplinaridade, porque aí a gente está falando da qualificação desse cuidado, porque não adianta a gente também ficar enchendo ele de atividades e a gente não conseguir discutir o que há de terapêutico nelas né...” (T4)*

O relato de T4, ao retomar a colocação de T8, revela a tentativa de sustentar e explicar o impacto que o desafio acerca do trabalho inter/transdisciplinar acaba impondo no cotidiano do cuidado e o efeito disso, que transpõe as dificuldades relativas ao trabalho em equipe, afetando diretamente os sujeitos atendidos.

Verifica-se no relato de T8 que, além do desafio do não compartilhamento, a discussão sobre o desvalor em relação ao TO por parte dos demais profissionais é retomada do primeiro encontro, mas agora ganhando um aparente contorno e sustentação ao vir atrelada à discussão dos enfrentamentos relativos ao trabalho inter/transdisciplinar.

Movimento parecido foi feito por T5 que, além de trazer elemento adicional à discussão desta temática, também resgatou do primeiro encontro a questão do desvalor e assim como T4, ressaltou o impacto que os sujeitos atendidos sofrem, como se verifica a seguir:

*“Eu acho que para mim, dentro do CAPS, o que pega nessa dinâmica da inter e da trans é em relação específica nossa de TO, por exemplo, é... e que também não é em mim o resultado da interferência, na verdade, é no sujeito, ou o paciente; é como o uso dos espaços sempre são coletivos e de multiuso né, é quando um espaço, teoricamente, teoricamente não, que a gente usa para atendimento de TO e que tem atividade, por exemplo, em processo, atividade em andamento, que o atendimento que você está fazendo e que a atividade está lá e que você vai no dia seguinte e você olha a atividade está destruída, a atividade está mexida, a atividade, enfim né? Aí isso ainda me pega, isso eu ainda problematizo, eu ainda brigo, eu ainda fico puto! E que a gente pode interpretar como várias coisas: falta de respeito, boicote, sacanagem, enfim né que eu acho que tem de tudo um pouquinho, depende da situação. Mas assim, o cotidiano mesmo eu acho que é isso, eu acho que, apesar de muitas vezes a gente ainda ter que ouvir que o TO faz tudo isso que a gente está falando de brincar, de ocupar, ou muitas vezes a gente tem que ouvir “ah, eu não sei o que é TO”, né, também acho que eu já superei isso... assim, falo, “ó, vai pesquisar no Google que você vai aprender” (T5)*

Argumenta-se que as dificuldades que os discursos supracitados evidenciam talvez sejam de outra ordem, ou melhor, talvez sejam um pouco anterior aos desafios consequentes ao trabalho no formato inter ou transdisciplinar propriamente. Tratam-se de dificuldades no trabalho em equipe, as quais surgem em função da reprodução da divisão social do trabalho na área da saúde, gerando uma espécie de hierarquia nas relações em que, em geral, predomina o saber médico sobre os demais saberes (YASUI, 2010), o que no presente estudo se apresenta na figura de outros profissionais que, como apontado por alguns participantes, tendem a secundarizar o trabalho do TO.

Apesar deste desafio - que provavelmente se revela em outras equipes de outros serviços - é premente ter em vista que a Reforma Psiquiátrica quando cinde com a visão reducionista (biológica) e prevê a desconstrução dos conceitos que sustentam a psiquiatria, filia-se a uma corrente que se opõe aos fundamentos da racionalidade científica moderna, reunindo esforços para, em oposição a tal racionalidade, construir um campo teórico-conceitual que se faz a partir do constante diálogo e trocas entre os distintos saberes e disciplinas que dizem respeito ao humano. Como consequência, produz uma espécie de borrão entre os limites e fronteiras entre tais disciplinas e conhecimentos, o que culmina numa diversidade de maneiras de pensar e fazer (YASUI, 2010). Nessa direção, um trabalho em equipe pode ser concebido como

[...] aquele no qual os profissionais adotam uma posição de humildade frente a esse nosso objeto complexo, que é o sofrimento psíquico e o existir. Apenas uma solidária e despojada atitude de diálogo, de muito diálogo, pode começar a contemplar essa complexidade. Isso se reflete na organização dos processos do trabalho que será construído [...] A concretização desse projeto implica uma maior responsabilidade de cada profissional, não apenas nas decisões e nas competências para o projeto de cuidados, mas também na gestão do serviço. Acarreta, de outra

parte, uma flexibilização na execução de tarefas distintas e intercambiáveis. É necessário não esquecer e reconhecer que somos atores de uma prática social que tem a potencialidade, por meio dos encontros que ensejamos no cotidiano de nossos serviços, de produzir processos de subjetivação, produzir um modo mais autônomo de viver, de fazer a diferença (YASUI, 2010, p. 147).

A despeito das considerações feitas pelos participantes acerca dos desafios do trabalho inter/transdisciplinar e dos impactos destes tanto na produção do cuidado para os usuários quanto na relação entre os profissionais - que vem marcada pelo desvalor em relação à profissão – verifica-se no relato de alguns deles um movimento por relevar esta condição ou até mesmo reconsiderar que tem sim havido mudanças nessa relação, como se verifica no relato de T8 a seguir:

*“[...] mas eu acho que também tem um reconhecimento acho que dentro do trabalho e aí até pensando, por exemplo, em uma questão salarial da nossa área de trabalho valer a mesma coisa da hora de trabalho de outros profissionais, o que no meu outro trabalho, por exemplo, não era, minha hora de trabalho era menor que dos outros profissionais. Então assim, tem uma equiparação, inclusive salarial que dá um valor ao nosso trabalho entendeu? Tipo, eu valho financeiramente falando para instituição a mesma coisa que um psicólogo, a mesma coisa que uma assistente social, a mesma coisa que uma nutricionista, a mesma coisa... É... não sei do médico, estou falando dos outros, do médico eu já não sei, mas é isso assim, isso dá uma sensação de valor também quando, financeiramente, a gente também é reconhecido, que afinal ninguém aqui vive de ar!” (T8)*

A questão do trabalho em equipe e as possíveis modalidades que ele pode assumir (multi, inter e transdisciplinar), como já pontuado anteriormente, parece trazer certos dilemas, incertezas e receios aos participantes da presente pesquisa, os quais se traduzem na dúvida sobre a própria especificidade no trabalho em contextos de CAPS ou no sentimento de perda de domínio sobre determinados recursos, técnicas e conhecimentos tidos previamente como específicos de determinada profissão ou até a sensação de “se misturar” a outras especialidades profissionais.

No entanto, certamente não se tratam de questões específicas dos participantes da presente pesquisa nem tampouco dos terapeutas ocupacionais, mas antes, estas questões parecem se localizar em âmbitos que Campos (2000) denomina de campos e núcleos, conformações resultantes da oficialização dos saberes e de sua formatação em práticas no contexto da saúde. Assim, “O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas” (CAMPOS, 2000, p. 220).

A questão é que quando há convergência entre o campo e o núcleo na execução de uma prática, como em experiências interdisciplinares e transdisciplinares, pode-se vivenciar ao mesmo tempo o receio pela perda da especificidade disciplinar. No entanto, em situações como esta, o núcleo profissional não desaparece, ao contrário, é ele quem assegura a prática no campo de atuação (GOZZI, 2013).

Argumenta-se que, embora os TO's do presente estudo tenham verbalizado o receio acerca da perda da especificidade e as implicações que o trabalho interdisciplinar pode suscitar, eles também conseguiram dizer de suas especificidades, do núcleo profissional, apesar de isso, aparentemente, não parecer assegurar-los de que os pilares de sustentação da profissão se mantêm apesar das interfaces - ao menos no primeiro encontro de Grupo Focal.

No que se refere à relação da terapia ocupacional com a Reabilitação Psicossocial, discussão disparada no primeiro encontro do Grupo Focal, os participantes mostraram-se mais tranquilos para fazerem colocações, refletirem sobre pontos de convergência entre os fundamentos da profissão e os da Reabilitação Psicossocial, apresentando um panorama sobre como avaliam esta relação no contexto atual.

Em um determinado “bloco de discussão” foi possível reunir considerações dos participantes que evidenciaram uma espécie de resgate e reconstrução das origens, raízes, fatos históricos e correspondências teórico-práticas que justificam a relação próxima e potente entre a terapia ocupacional e a Reabilitação Psicossocial. Verifica-se que esta construção parece se dar no sentido de afirmação desta relação, mas também de seu potencial para a profissão:

*“[...] mas a TO eu acho que, quando você fala né, qual é a contribuição de um e de outro eu acho que, eu diria que a reabilitação psicossocial ou a reforma psiquiátrica né, ampliando isso para a saúde mental e para o modelo enquanto reforma psiquiátrica, eu acho que a reforma psiquiátrica é... ela abriu muito o campo de trabalho e, não só o campo de trabalho, mas abriu muito aí para o cenário macro a profissão da terapia ocupacional. Eu vejo que a terapia ocupacional ela passou a ser muito mais vista, utilizada a partir da implantação que começou lá em 89, na verdade aqui em (nome do município) até antes, 88, os profissionais já discutiam a questão da reforma psiquiátrica, o modelo que se tinha para cuidar da saúde mental em 90, 92, efetivamente a implantação dos CAPS, mas que a TO, a profissão terapia ocupacional, ela tem um grande “BUM” aí, pelo menos a nível de Brasil, falando aqui do Brasil, com esse modelo da reforma psiquiátrica né, é... que foi se descobrindo mais aí o que que é a terapia ocupacional e qual é a ação, de fato, da terapia ocupacional nesse cotidiano. Que aí tem o cotidiano que a gente pensa na atividade de vida diária, atividade de vida prática né, se a gente for pensar lá na teoria né, AVD's, AVP's, AVD é uma coisa, AVP é outra né, que amplia, é... Então, acho que a reabilitação vem, talvez, validar mais a TO né.” (T5)*



*“[...] a TO trabalha essencialmente as ações humanas, as ações humanas da vida né! Então elas são muito próximas a TO, a reabilitação psicossocial, elas têm uma ligação forte pensando que o nosso objeto de trabalho é a vida desse sujeito, onde ele circula, como é que ele circula, o que ele acessa, o que ele precisa, o que ele está pedindo nesse momento, “ah, eu quero entrar no mercado de trabalho”, para entrar no mercado de trabalho eu preciso por o dente, eu preciso fazer a barba, eu preciso comprar uma roupa nova para a entrevista; “ah, eu preciso acessar o serviço de saúde porque eu estou com uma questão no olho, eu estou com uma catarata, eu preciso fazer uma cirurgia” e aí qual é esse caminho para chegar nessa cirurgia...” (T8)*

*“Então, assim, eu acho que o TO em reabilitação tem momentos, né, acho que tem momento de a gente poder, de fato, estar com aquele sujeito e usar o recurso da atividade e uma atividade não imposta por mim, por exemplo, aí falando por mim enquanto forma de abordagem, enquanto forma de atuação [...] quando eu vou trabalhar com atividade no sentido de que eu vou lá e vou levar a atividade para o sujeito, que é inclusive o trabalho do ateliê, com vários materiais, onde o sujeito vai poder explorar esse espaço e, a partir do que ele se identifica, ela vai poder produzir. E aí sim, enquanto TO, eu vou ter que saber técnicas de atividade porque não dá para eu oferecer algo para o sujeito e não saber usar aquilo que aí eu vou causar piora no sujeito né.” (T5)*

Dos relatos supracitados, destaca-se o de T5, que ao fazer um breve resgate histórico do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, de seus desdobramentos no que tange à implantação de uma rede de serviços substitutivos - embriões de um novo modelo de cuidado - bem como da noção de Reabilitação Psicossocial, busca justificar a familiaridade da terapia ocupacional não só com este processo, mas também com a nova linguagem teórico-conceitual que este momento da história inaugurou, incluindo a noção de Reabilitação Psicossocial.

De fato, a história revela que os terapeutas ocupacionais estiveram envolvidos na assistência a pessoas em sofrimento psíquico desde o início da inauguração da profissão no Brasil. Nesse sentido, participaram ativamente da luta antimanicomial e da construção dos serviços que descenderam desse movimento, serviços estes que serviram de substrato para as atuais políticas públicas em saúde mental. Fizeram frente aos processos de criação de dispositivos fundamentais na construção do então modelo de cuidado em saúde mental que se inaugurava, tais como o primeiro CAPS do Brasil denominado Prof. Luiz da Rocha Cerqueira em São Paulo e os serviços territoriais denominados Núcleo de Atenção Psicossocial – NAPS em Santos ao longo do final dos anos 80. Portanto, as ideias norteadoras deste processo de transformação no campo assistencial em saúde mental passaram a compor a formação dos terapeutas ocupacionais, a orientar a prática destes profissionais, bem como sua produção científica, revelando um claro posicionamento destes atores em favor dos pressupostos da

Reforma Psiquiátrica, bem como do atual modelo de atenção em saúde mental (JUNS; LANCMAN, 2011).

Argumenta-se que é nesta trajetória histórica de transformação assistencial em saúde mental que também reside a trajetória de chegada da noção de Reabilitação Psicossocial ao Brasil, como já apresentado em capítulo teórico neste estudo, o que permite justificar a familiaridade e até certa intimidade dos terapeutas ocupacionais com esta perspectiva.

No que se refere ao discurso de T8, importa destacar que a relação, a familiaridade da TO com a Reabilitação Psicossocial vem pautada em elementos que, em última instância, dizem do direito à vida, ao pertencimento e ao acontecer cotidiano da maneira como cada sujeito deseje e da maneira como seja possível, ou seja, dizem da possibilidade de estar na vida como um cidadão, meta que se apresenta também como ponto maior da Reabilitação Psicossocial.

Ainda, verifica-se nos relatos um investimento para evidenciar as relações, conexões e potencial existente entre terapia ocupacional e Reabilitação Psicossocial. Os participantes lançam mão de exemplos concretos para ilustrar isso, buscando construir uma espécie de estrutura de sustentação para esta definição. Isso, em discussão, se amplia na medida em que outros participantes arriscam novas reflexões e exemplos para detalhar e expandir essa dimensão da relação entre terapia ocupacional e Reabilitação Psicossocial. Alguns relatos evidenciam uma elaboração mais ampla, buscando elementos da terapia ocupacional ou referenciais com os quais essa profissão trabalha para elucidar esta relação, como se verifica nos relatos a seguir:

*“Acho que a gente está falando de ações humanas aqui né, então do autocuidado, de a gente se cuidar, do trabalho... e quando a gente tem um olhar para isso que o TO tem a gente vai estruturando o cotidiano também, a gente vai significando ou ressignificando né... a rotina dessas pessoas, enfim.” (T6)*

*“É, na questão da reabilitação e no núcleo TO eu gosto muito de pensar no projeto de vida junto com o sujeito e as áreas do projeto de vida né. Se a gente fala projeto de vida, a gente pensa nas áreas da vida do sujeito, então qual área que o próprio sujeito acha que está precisando ou que ele acha que quer mudar alguma coisa né, é na profissional, é no lazer, é na atividade física, enfim, qual a área né; é na família e, a partir daí, pensar ações que possam contribuir aí para esse sujeito, é... ter aí a sua chamada reabilitação, contemplada” (T5)*

Os relatos anteriores demonstram a busca por referenciais que possibilitem costuras entre o que é do núcleo da terapia ocupacional - e que vem subsidiado por tais referenciais



para realizar a prática – e o que são pressupostos da Reabilitação Psicossocial para alcançar uma prática condizente com o modelo atual de assistência em saúde mental.

Nesta direção e de maneira a complementar esta perspectiva, alguns participantes ilustram, a partir de exemplos, como a terapia ocupacional no contexto da saúde mental pode proceder com a Reabilitação Psicossocial:

*“É, é igual aos grupos que a gente tem também de geração de renda e economia solidária. A gente tem lá um grupo, inclusive eu estou lá com o grupo, e tem as duas coisas né, tem pessoas que, apesar de a gente TO idealizar que aquele espaço é o espaço que eles vão pegar e depois vão transformar isso numa geração de renda mesmo, não, alguns utilizam como um grupo terapêutico assim, que vão lá para estar, inclusive, porque muitos deles começaram esse grupo, então eles têm uma identificação com o grupo. “Ah, eu sou do grupo do mosaico” né e não conseguem abrir mão disso e será que a gente não continua fazendo, ou tenta mobilizar sabe, para que seja só geração de renda... eu não consigo ainda, ainda são várias questões desse grupo para mim para ainda pensar né; enquanto outros já conseguiram assim, ter muita autonomia a partir dali, que não necessariamente no trabalho, mas sim em casa. Tem um menino lá que na verdade ele acabou ocupando um papel, um papel de líder de ensinar e isso fez tão bem para ele que quando ele não está no grupo ele entra em crise assim. Que nem nas minhas férias ele ficou em crise. Então assim, ele tem conseguido utilizar desse espaço para produzir outras coisas na vida assim, então... eu acho que aí a gente entra fazendo a reabilitação. Sim, por mais que, às vezes, a intenção e tal possa até ser maior” (T4)*

*“E aí tem as outras atividades no cotidiano que é, você falou da pensão né; lá no (nome do CAPS em que trabalha) a gente tem vivido, tem brincado né, a gente está construindo um novo modelo de programa de RT; esqueceu de citar aqui também que os TO’s também têm uma atuação importante nas Residências Terapêuticas, mas a gente tem ampliado essa questão da rede e a questão da reabilitação para os espaços mais formais da comunidade. Então tem um senhor que tem uma casa lá, próximo do CAPS, que ele transformou a casa em 14 quartos que ele aluga... clandestinamente também né assim, mas a gente tem já 4 usuários residindo nesse espaço que a gente acompanha, que a gente faz toda ação aí de reabilitação né, ele paga com o benefício que ele recebe enfim” (T5)*

Verifica-se no relato de T4 que, embora a ação do terapeuta ocupacional nas iniciativas de geração de trabalho e renda preconize o processo de Reabilitação Psicossocial - que vem identificado com a possibilidade de inserção do usuário em alguma forma de trabalho - o participante se questiona sobre a compreensão dos usuários acerca da função deste espaço e mesmo o quanto ele cumpre, de fato, sua função. Tal dilema se apresenta em razão do uso deste espaço, por muitos usuários, ocorrer como se fosse oficina terapêutica, evidenciando dois aspectos: um deles é a compreensão do participante de que as iniciativas de geração de trabalho e renda, na perspectiva da Reabilitação Psicossocial, devem diferir das

oficinas terapêuticas justamente para possibilitar outras formas de produção de vida e entrada no circuito social e o segundo é o desafio de trabalhar esta diferenciação com os usuários e possibilitar que as iniciativas de geração de trabalho e renda viabilizem, de fato, aquilo que nelas se propõe.

Esta condição suscita uma discussão fundamental no campo da saúde mental na perspectiva da Reabilitação Psicossocial que é justamente o investimento e trabalho para que seja possível, de fato, gerar trabalho e renda para esta população, mas um trabalho pensado como direito e, portanto, cindido do ideário por muito tempo difundido sobre sua função terapêutica.

Ainda que não tenha ficado claro nos discursos qual o espaço físico em que tais oficinas de geração de trabalho e renda são desenvolvidas (se dentro dos CAPS ou locais externos a este), vale apontar sobre a importância de se discutir criticamente sobre a compreensão existente acerca da relação entre a função clínica do CAPS e o entendimento sobre o trabalho como um direito, como um promotor real da inclusão social e que, portanto, transpõe seu espaço físico. O trabalho assim concebido se diferencia de práticas tidas como terapêuticas, assistenciais e até humanistas (RODRIGUES; MARINHO; AMORIM, 2010), conferindo a este dispositivo a possibilidade de operar na lógica pretendida para o campo.

Uma justificativa possível para esta defesa é a de que “[...] existe um risco grande de projetos que nascem no âmbito da saúde continuarem mantendo os usuários na condição de assistidos ao invés de promover sua real emancipação e protagonismo no processo de trabalho” (LUSSI, 2009, p. 110).

O relato de T5 reforça uma outra dimensão do trabalho do TO na perspectiva da Reabilitação Psicossocial que diz respeito ao direito à moradia e que este profissional tem se engajado para viabilizar este aspecto na vida dos usuários.

Destaca-se do referido discurso que, no momento em que foi proferido no grupo, evidenciou uma espécie de descontração, mas também de aparente orgulho acerca de uma inventividade dos TO's na forma de pensar e projetar os programas de Residências Terapêuticas como processos de Reabilitação Psicossocial, além do reconhecimento de que estes profissionais têm conseguido ampliar a proposta para “espaços formais da comunidade” como referido por T5.

Argumenta-se que esta forma de proceder revela o investimento em um trabalho em rede, territorial e que vislumbra, mais do que simplesmente o acesso, o investimento no pertencimento à comunidade, o qual pode começar a ser tecido nos pequenos encontros e

pactuações, como no caso da pensão com a qual os profissionais têm feito parceria. Esta situação parece tratar-se do efetivo investimento com o “fora” e com o comprometimento real dos profissionais quando se dispõem a acompanhar essa construção de nova realidade pelos sujeitos que não nos serviços formais e “institucionalizados”; revela, ainda, a tentativa de construção de uma prática desinstitucionalizante.

De fato, “Atualmente, as Residências Terapêuticas, junto com o Programa de Volta para Casa, constituem-se como as principais “estratégias de desinstitucionalização” que compõem a Rede de Atenção Psicossocial brasileira (FERIGATO et al., 2016, p. 81, grifo dos autores).

Há também de se valorizar o investimento descrito, posto que deflagra que a vida dos sujeitos assistidos, assim como as possibilidades de proceder dos profissionais, bem como a condição dos recursos disponíveis é “ao vivo” e por ser “ao vivo” até mesmo a “clandestinidade” do funcionamento das pensões passa a ser incorporada e gerida (ou digerida, ou tolerada, ou “ignorada”) como fenômeno do processo, que revela-se como o que é possível para o momento para que os sujeitos possam experimentar o habitar e com isso construir, residir e (re)existir.

Os apontamentos aqui feitos podem soar como leitura romantizada ou idealizada da situação, porém, sustenta-se que, diante dos atuais desmontes no campo da saúde mental, dos desafios vividos com a falta de recursos nos espaços de trabalho e gestão do cuidado, ser inventivo, criativo e porque não um tanto subversivo chega a ser um ato de coragem.

Há sim grandeza nas ações e nas práticas que se constituem daquilo que “restou”, pois revela, mais do que compromisso, o desejo, o crédito e a vinculação com o projeto de cuidar. Não se trata de se conformar com “o que restou” ou de ser conivente com uma situação de clandestinidade (pensão clandestina), mas antes de não paralisar diante das faltas e das intermitências dos projetos, de continuar investindo na concretização de realidades possíveis enquanto se batalha e busca, paralelamente, por melhores condições de trabalho e recursos para o campo.

Levar a loucura para o território; acompanhá-la em sua “existência” numa pensão e mediar as estranhezas; acompanhar a construção de uma vida num espaço da cidade onde as relações de negociação são imprescindíveis e se mostram uma via de mão dupla; auxiliar na gestão dos próprios recursos financeiros, os quais passam a financiar e sustentar escolhas, projetos e satisfação; eis aí elementos fundamentais para fazer operar as dimensões do processo de Reforma Psiquiátrica. Não por acaso as políticas sobre as moradias e o morar no

campo da saúde mental reconhecem este elemento como essencial no processo de desinstitucionalização.

Defende-se ainda que esta sim é uma forma potente de lidar com a situação de maneira não idealizada, de ver recurso naquilo que não está estabelecido ou formalizado e fazer desta alicerce para novas construções que encaminhem os sujeitos assistidos para a vida.

Por fim, se para os TO's da presente pesquisa o morar tem a ver com a aquisição de um direito e com o “fazer” Reabilitação Psicossocial, então é possível inferir que esta forma de pensar e proceder dialogue com a difundida por Saraceno (2001a, p. 120, grifos nossos) para quem

[...] a casa é um direito e, a partir desse direito, se constroem políticas que geram casas para os usuários; é preciso ressaltar, contudo, que os percursos individuais que acompanham a experiência de aquisição da casa são percursos fundamentais para a reabilitação: o direito não é somente à casa, mas também a sua aquisição como processo de formação de cidadania do paciente. Poderemos dizer que a necessidade sobre a qual é preciso trabalhar é o de habitar e não aquele de ter uma casa; certamente, em muitíssimos casos, a necessidade de habitar se realiza através da casa mas, em muitos outros casos, a ausência de uma casa (ausência súbita ou escolha) não faz cessar a necessidade de um “trabalho” sobre o habitar.

Como uma espécie de fechamento acerca da discussão da atuação do terapeuta ocupacional na perspectiva da Reabilitação Psicossocial o relato de um participante parece sintetizar o que foi sendo elaborado pelo grupo no primeiro encontro de Grupo Focal acerca da ação da terapia ocupacional na perspectiva da Reabilitação Psicossocial, ressaltando novamente que, a despeito da importância das oficinas, o fundamental é o compromisso com um trabalho que vislumbre a vida social e comunitária dos sujeitos:

*“É, e eu acho que a nossa função enquanto terapeutas ocupacionais é fazer esse percurso com esse sujeito né e aí não fazer esse percurso só dentro das oficinas, mas fazer este percurso fora, estando no território junto, de acompanhar e tal, é...” (T8)*

Nesta relação entre terapia ocupacional e Reabilitação Psicossocial apresentada, alguns participantes buscaram evidenciar esta a partir do proceder da terapia ocupacional, buscando elucidar mecanismos, formas de ver e agir desta categoria profissional e que, inclusive, parece buscar diferencia-la das demais, como se apresentam nos relatos a seguir:

*“Você me perguntou... aí me veio 2 cenas assim né. Uma, que uma vez os técnicos “ai porque vocês... vocês também podiam dar banho e arrumar cama”, eu falei assim “então, só que a gente não vai fazer isso, de dar o banho, a gente vai ensinar, a diferença é essa, a gente*

*vai ensinar a pessoa a tomar banho e arrumar a cama”. Me veio essa cena e veio também uma, o... psicólogo ele veio fazer... o paciente veio fazer comida com ele né, no CAPS aí eu falei “ah, mas porque que ele está vindo fazer a comida dele no CAPS?”, “Ah, porque se não ele vai ficar sem comer”, mas eu falei, “mas o que aconteceu na casa dele?” Ele falou assim, “ah, porque está sem gás”. Eu falei, “então, eu falei, porque que você não vai com ele, vê o problema do gás, né, é...vê o que está acontecendo porque essa comida teria, eu acho que deveria fazer na casa dele, né!” “Ah, mas... ah, comer é comer”! Aí eu falei, “não né, tem toda uma coisa porque se toda a vez ele vai vir fazer comida aqui, você nem fica aqui com ele!, você pede para outra pessoa ficar...”. Quando a gente estava falando, não, pode sim usar o ateliê, pode fazer qualquer atividade, mas eu acho que a maneira como a gente, eu não sei se é a visão do TO, mas esse processo todo, a gente não vai fazer a cama para ele, nem... nem dar o banho, eu falei assim, eu nem sei dar banho no outro! Vou falar “ó, esfrega a coisa ...” [...] Posso estar junto com você, te dando instrução. Eu acho que nesse sentido, se a gente for pensar em reabilitação, ainda estou meio assim com os termos atenção, reabilitação ainda está...Estou diferindo um pouco, é... mas me vieram essas 2 cenas... Sabe, eu acho que nesse sentido a gente contribui sim, porque não é um laboratório, né. (T1)*

*“Complementando assim, eu acho que a gente tanto colocou na cabeça a análise de atividade, que a gente vai pensando em cada processo do fazer, não só no resultado né, mas desde antes do início, da dinâmica que ele vai gerando [...]” (T7)*

*“[...] fico pensando que a gente tem que fazer sempre um pouco, puxando um pouco da TO assim, de análise mesmo das atividades que a gente propõe até para a reabilitação [...]” (T1)*

O relato de T1, na busca por destacar onde residem as diferenças entre as categorias profissionais na forma de proceder no dia a dia com os usuários, embora evidencie a tentativa por um refinamento nestas diferenças, revela, em verdade, que ações básicas que impulsionam as mudanças nas relações de poder e a implementação de uma nova forma de cuidar, talvez não estejam sendo incorporadas e operacionalizadas por outros profissionais. Ou seja, quando se faz pelo usuário e não com ele – como destacado nos dois exemplos dados por T1 – anula-se um componente importante no processo de constituição do poder contratual, ou seja, priva-se o sujeito de pensar sobre o que deseja e, portanto, de escolher; de avaliar as condições e decidir sobre a melhor forma de fazer; de negociar condições para fazer valer a escolha; de encontrar sentido naquilo que se faz e em como faz justamente porque houve a oportunidade de escolher ou o estímulo para tal.

Com esta argumentação não se está negando que exista uma especificidade da TO em determinados fazeres no contexto CAPS, ou melhor, não se está negando que mesmo na interdisciplinaridade é possível imprimir a especificidade (que mesmo diluída na constituição de um fazer composto por diversas especificidades, ainda está lá), mas sim colocando foco em

um elemento que é comum a todos os profissionais e que se não cuidado pode comprometer as ações de cuidado que buscam a emancipação dos sujeitos.

Portanto, apontar para a existência de resquícios de disparidade nas relações entre usuários e profissionais, ou numa não escuta dos desejos e escolhas é alertar para a possibilidade da existência de práticas alicerçadas em princípios e pressupostos asilares, em que um de seus sustentáculos é o estabelecimento de relações de poder. Nesse sentido, “Trata-se enfim de observar quando as práticas que desenvolvemos estão a serviço do controle sobre a vida ou quanto essas práticas se associam às forças de resistência a esse poder que se exerce sobre a vida, investindo na potência da vida de variar e de se re-inventar continuamente” (LIMA, 2006, p. 121).

Os dois últimos relatos revelam que o proceder em terapia ocupacional vem amparado por uma técnica – a análise de atividades - que é própria da terapia ocupacional e que imprime na prática realizada não só a característica da profissão, mas parece reforçar o diferencial deste profissional quando nas estratégias utilizadas para pensar e realizar ações de cuidado e de reestruturação do cotidiano.

Esta temática foi retomada no segundo encontro de Grupo Focal, porém a partir da discussão de um elemento novo – questionamento sobre a essência/identidade da TO – mas também a partir do resgate e aprofundamento de alguns já abordados no primeiro encontro, porém, agora enriquecendo-os com elementos mais consistentes e elucidativos. Isso se deu em relação à discussão sobre o núcleo da TO e a particularidade que este confere à profissão; à discussão sobre a atuação do TO nas Residências Terapêuticas e muito fortemente à discussão acerca do diferencial da TO na Reabilitação Psicossocial em relação à atuação dos demais profissionais.

Assim, a leitura coletiva do compilado do conteúdo oriundo do primeiro encontro de Grupo Focal, para além do seu objetivo primeiro, parece ter funcionado como uma espécie de aquecimento e mesmo de “provocação” para a discussão no segundo encontro, de forma que, antes mesmo da finalização da leitura um participante expos um questionamento que lhe ocorreu e que, embora tenha se caracterizado como um conteúdo novo em relação ao que já havia sido discutido no encontro anterior sobre a terapia ocupacional especificamente, ele se mostrou diretamente relacionado a este, parecendo uma espécie de desdobramento do estímulo provocado pelo contato com o conteúdo do primeiro encontro. Os relatos a seguir ilustram essa condição:

*“Mas é engraçado que, só um que veio na minha cabeça agora a pergunta: o que é terapia ocupacional né? Essa pergunta, eu não sei na universidade de vocês, mas na PUC, era assim, era primeiro o que é terapia ocupacional? E a gente... é difícil responder. Até hoje eu fico com dificuldade para responder, o que é Terapia Ocupacional? Aí, lendo aqui assim, é... dessa... do fazer humano né, porque o humano é tão complexo que não tem como você reduzir é... reduzir numa simples... em um simples conceito, o que é terapia ocupacional, porque eu acho que... pensando, ouvindo você falar, é... como que eu posso falar da TO e da vida humana... sem ser, sem falar muito, entendeu? Sem usar só quatro linhas para conceituar né? É, desculpa, é só uma...” (T9)*

*“É difícil ser objetivo né? Porque quando a gente explica...” (T7)*

Essa questão foi colocada por T9 ao longo da leitura do conteúdo (produzido pelo grupo no primeiro encontro) que versava sobre as implicações da Reabilitação Psicossocial e da Atenção Psicossocial para a Terapia Ocupacional e o fato de ter sido exposta pelo participante antes mesmo da finalização da leitura do compilado, como inicialmente pactuado pelo grupo, faz supor uma necessidade latente por problematizar uma questão aparentemente existencial sobre o que é a terapia ocupacional, como defini-la e conceitua-la de maneira objetiva.

Supõe-se que explorar a terapia ocupacional em relação àquilo que nela existe de fundamental - como acabou ocorrendo no contexto do grupo – fez com que os participantes resgassem diversos elementos (como os inúmeros referenciais teórico-metodológicos que subsidiam a profissão; como as distintas concepções de atividade e fazer; como as distintas concepções de sujeito etc.) que constituem e sustentam a profissão provocando, talvez, uma sensação de “imensidão”, mas também de uma possível imprecisão.

Diversos estudos nacionais há tempos vêm sendo desenvolvidos na direção de aprofundar e esclarecer aspectos relativos à origem, constituição e formalização da profissão Terapia Ocupacional no Brasil, seus aportes teórico-metodológicos e práticos, bem como sua definição e identidade (FRANCISCO, 1988; GALHEIGO, 1988; SOARES, 1991; LIMA, 1997; LIMA, 1999; MEDEIROS, 2003; REIS; LOPES, 2018; GALHEIGO et al., 2018), revelando, por vezes, desafios e dilemas que não são novos e que fazem parte do universo tanto daqueles que estão no campo da prática, quanto dos que exercem a função docente.

Sob este último aspecto, no estudo desenvolvido por Galheigo et al. (2018), cujo objetivo foi apresentar e discutir a incorporação de perspectivas teórico-metodológicas e referenciais teórico-práticos pela terapia ocupacional brasileira em diálogo com marcos históricos, sociais e políticos, as autoras referem que ainda nos dias atuais a produção da



Terapia Ocupacional no Brasil, assim como o uso de referenciais teórico-metodológicos, vem sendo adensada, tornando-se mais complexa, porém sem haver neste processo uma explicitação dialogada coletivamente, o que faz surgir como necessidade novas pesquisas em fundamentos histórico-epistemológicos da profissão que contemplem a diversidade da Terapia Ocupacional no contemporâneo. Ainda, apontam que a produção contemporânea se mostrou um desafio, uma vez que revelou que utilizamos distintas linguagens e construímos diferentes terapias ocupacionais no país de uma forma inédita para a profissão.

Há que se ponderar alguns aspectos sobre este achado, posto que

Essa diversidade pode significar tanto a nossa potência como a nossa fragilidade. Perspectivas e concepções de sujeito, sociedade e visões de mundo coexistem, por vezes com significativa substância e coerência conceitual e metodológica, por vezes, com escassa. Corre-se o risco de um insuficiente discernimento dos fundamentos utilizados, produzindo-se uma mistura desordenada de conceitos, aportes teóricos e produção de práticas. Estudos dessa ordem são essenciais, pois a diversificação teórico-prática é um dos desafios importantes que se colocam na discussão acerca dos fundamentos de terapia ocupacional no Brasil, no contemporâneo (GALHEIGO et al., 2018, p. 734).

Argumenta-se que os resultados do estudo de Galheigo et al. (2018) podem contribuir para justificar, em partes, essa dificuldade apresentada pelos TO's da presente pesquisa em definir o que é Terapia Ocupacional ou falar de sua operacionalização na prática que não necessariamente por meio de exemplos.

Aponta-se que é provável que existam outros aspectos da realidade local dos participantes que possam contribuir com este cenário, além dos argumentados até aqui a partir dos resultados obtidos e dos apresentados no estudo de Galheigo et al. (2018). No entanto, arrisca-se dizer que trazer a Reabilitação Psicossocial e a Atenção Psicossocial para a arena da discussão na relação com a Terapia Ocupacional foi como (re)colocar o debate deste dilema, especialmente pela identificação que os TO's demonstraram ter com a perspectiva da Reabilitação Psicossocial, a qual, segundo Leão e Salles (2016), traduz-se em um dos instrumentos teórico-metodológicos que podem ser utilizados por estes profissionais.

Essa discussão foi ainda nutrida pela contribuição de um participante que, resgatando um exemplo dado por ele mesmo no primeiro encontro, parece tentar elaborar uma resposta e dar materialidade ao “dilema” apresentado por T9, como se verifica a seguir:

*“Por isso quando a gente vai explicar a gente sempre dá exemplos práticos da nossa prática! Em saúde mental fica assim, difícil enxergar por causa da função, mas se a gente pensar em atividade, né, a gente falar: “ah tem aquela coisa do cotidiano”, né mas, é...*



*qualquer fazer, qualquer habilidade, qualquer... mas como assim? Fica muito amplo, então a gente sempre dá um exemplo. Eu acho que assim, a maioria dos terapeutas ocupacionais vão falar: “ah mais o que que é isso”? Então quando você vai explicar para alguém, a gente: “ah então, por exemplo” né, Por exemplo, o banho.” (T1)*

Apontamentos semelhantes ao de T1 foram feitos por outros participantes evidenciando uma tentativa de validar e refinar o que já havia sido exposto, bem como de alcançar uma definição mais precisa para a profissão.

Ressalta-se que este investimento foi feito, principalmente, a partir da comparação entre os atributos e formas de proceder da TO e os das demais profissões, como se verifica nos relatos a seguir:

*“[...] quando a gente estava lendo, eu pensei em uma coisa... uma vez eu fui visitar uma amiga minha no Uruguai e ela é professora voluntária no curso de T.O lá [...] e aí, a gente, eu fui em uma aula com ela, e uma das perguntas que todas as alunas falaram é: “mas porque que isso é da T.O”? A gente estava falando sobre grupos de dança e tal e “porque que a T.O, porque que não pode ser uma enfermeira, ou um psicólogo, ou alguma outra pessoa fazendo esse grupo”?. E aí eu fui parar para pensar, porque a gente não para pensar, às vezes, né e foi uns dois meses depois desse primeiro encontro (fazendo referência ao primeiro encontro do Grupo Focal). E aí eu pensei assim: “olha isso é da T.O porque quem está fazendo é uma T.O”, né?! Quem está fazendo esse grupo, quem está aplicando esta atividade é a T.O, e quando é a T.O que vai aplicar essa atividade... e aí caiu muito com isso que foi falado assim, é a gente que está olhando, então é um olhar diferente do que está fazendo. Todo mundo pode fazer essa atividade, todo mundo pode ensinar a fazer o crochê, pode orientar no banho, mas a gente vai orientar de uma outra forma, porque a gente tem um outro olhar, de um outro conhecimento, de um outro estudo, assim né, de outros autores. A psicologia talvez não vai ter estudado os mesmos autores que a gente. Provavelmente não vai, então eu acho que tem muito isso né, dessa... Então nesse ponto da T.O, de maneira diferente de outros profissionais em função da relação com a atividade, com o fazer, da compreensão sobre esses aspectos, acabou juntando esses dois pontos, nesse sentido assim, quem está fazendo é uma T.O, e a T.O tem um olhar diferente para isso” (T8).*

*“[...] porque a gente presta atenção no olhar da ação do sujeito, né. Então assim, uma coisa que eu aprendi na faculdade, a gente tem o nosso, assim: a nossa arma principal é o olhar, que a gente vê como está fazendo, do fazer né, a gente vê todo o aspecto. Então assim, é postura, mas é interação, tem a fala também que é uma atividade [...] Eu não interpreto, eu falo assim: “eu não interpreto, quem fala é você” [...] Geralmente um psicólogo ou psiquiatra fala: “ai você viu que usou preto”! Eu falei: “gente, às vezes, preto é a primeira cor que estava na frente, a pessoa, às vezes, nem escolheu mesmo, é a primeira que pegou”! Eu acho que tem que ter uma, sabe, uma sensibilidade, uma atenção para isso, de como está fazendo, eu acho que tem um diferencial disso. Acho que pode sim aprender a técnica de fazer o crochê né, mas é o como a pessoa consegue pegar a agulha né. É, eu pego a agulha diferente de todo mundo para fazer crochê, eu sei que tem gente que pega aqui, eu dou um laço aqui e faço aqui em cima para não ficar dando calo, por exemplo, mas é como eu ensinei, então porque eu uso a atividade, o outro pode tentar fazer o mesmo ponto, mas*

*não com a técnica que eu uso, é como ele se adapta a fazer a atividade, então a professora de artesanato: “tem que ser assim”! A gente não: “ó, o ponto é esse, né, que você vai fazer correntinha, e aí você adapta como você consegue segurar a linha do outro lado, né, é um pouco da diferença [...]. A gente já tenta olhar adaptando... não que outro profissional não tem sabe, mas...” (T1)*

*“[...] a TO acaba tendo essa flexibilidade né, a gente acaba, pela adaptação, pela limitação, por ter essa visão do, tá: a pessoa tem uma limitação, mas como que eu vou adapta-la para fazer determinada atividade, e que pode ser nas diversas áreas né...” (T4)*

*“Na verdade, é como a gente vai ser o instrumento para ela se adaptar né? Não é a gente que vai adaptá-lo, reconhecer o lugar de respeitar as condições dela, para que ela possa...” (T5)*

Argumenta-se que tocar em temáticas tão estruturantes da profissão, mas também do campo da saúde mental como, por exemplo, pensar sobre o ser e o agir da TO num CAPS e analisar esta relação a partir da noção de Reabilitação e Atenção Psicossocial, talvez tenha gerado uma espécie de desacomodação, dúvidas e questionamentos justamente porque os TO's demonstraram um movimento em torno do resgate pessoal em termos de arcabouço teórico, conceitual e prático.

Portanto, revisitar tais elementos – que na prática parecem ser operados de maneira intuitiva justamente pela característica tácita do conhecimento do TO – embora tenha demonstrado num primeiro momento algum nível de desarranjo, revelou um momento potente de reflexão, de trocas e construções coletivas sobre o que é ser terapeuta ocupacional, o que define, em essência, esse profissional.

Embora em um primeiro momento a questão do olhar da TO tenha sido pautada como aquilo que diferencia e demarca quando é um TO que está procedendo com a atividade e quando é outro profissional, parece que da “imprecisão do olhar” é que foram despontando outros elementos para dar corpo a este suposto “olhar da TO” e encaminhando para a construção de sentido sobre a prática do terapeuta ocupacional.

De maneira semelhante, o estudo de Juns e Lancman (2011) também identificou entre os terapeutas ocupacionais trabalhadores de um CAPS que, embora não haja uma especificidade na prática desenvolvida por estes, há uma especificidade na forma de fazer, de proceder com a ação e que reside no núcleo profissional, o qual dá o “tom” da intervenção. Identificou ainda que esse olhar vem referenciado à formação profissional do terapeuta ocupacional, a qual lhe confere um arcabouço teórico e prático específico, além do acúmulo

profissional que possuem subsidiar a prática diária - tais como a capacidade para observar e organizar tecnicamente as atividades no CAPS, bem como o cotidiano dos sujeitos com um olhar específico sobre a importância e manejo da atividade.

Verifica-se que os argumentos dos profissionais do estudo de Juns e Lancman (2011) se assemelham bastante aos dos TO's participantes do presente estudo, revelando que proceder com a atividade, observar atentamente o que, como e porque o sujeito faz algo, adaptar a atividade para viabilizar o fazer (adaptação aqui compreendido como intervenção no contexto para viabilizar o fazer do sujeito e não o contrário) e compreender a importância do sentido das atividades para quem as faz parecem ser elementos de sustentação da identidade da profissão.

Argumenta-se que se as atividades (artísticas, culturais, laborais etc.) e sua realização pelos sujeitos (o fazer) forem tomadas como eixos estruturantes da profissão - independente de seu campo de atuação - então é possível afirmar que este profissional possui um conhecimento técnico - mas também estético e político - sobre o manejo das atividades e sobre como proceder com estas na relação com os sujeitos em seu contexto. Assim, de posse de tal apropriação, é possível sugerir que será o raciocínio clínico (típico) do terapeuta ocupacional que subsidiará a elaboração de uma proposta de intervenção característica dessa profissão.

Importa destacar que diante dos investimentos feitos pelos participantes para definir a identidade e a prática da terapia ocupacional, como ilustrado pelos relatos acima, a moderadora fez uma intervenção no intuito de provocar reflexões e a articulação da discussão à temática central da pesquisa. Nesse sentido, ao indagar os participantes sobre se todo aquele conteúdo que vinha sendo abordado sobre a especificidade profissional se relacionava com as perspectivas da Atenção e da Reabilitação Psicossocial, percebeu-se, num primeiro momento, um período de silêncio, hesitação. Porém, logo T1 arriscou uma afirmação positiva e novamente a sustentou a partir de exemplos de sua prática e da diferenciação desta em relação à prática dos demais profissionais da equipe de trabalho, como se verifica no relato a seguir:

*“É... se nas primeiras considerações a gente estava falando que a reabilitação envolve um todo né, assim, a gente falou muito de território, muito de respeitar de onde essa pessoa vem, é... aí ó, a gente sempre tem que dar exemplo!!! É que nem as moradias, tem profissional que vai lá e quer impor o valor no outro, na casa do outro, sabe? Então “a... porque na minha casa...”, mas na sua casa, a casa é deles! [...] É... eu acho que assim, a gente tem um respeito, então se a gente pensar, a gente não tem que pôr valores nossos [...] Às vezes você fala: “ah tem que, o ideal seria tomar banho todo dia, comer carne”, mas as pessoas não têm né, então a gente tem que perceber e tem que entender, mas isso não é uma*

*coisa nossa né, só nossa (fazendo referência ao terapeuta ocupacional), porque os outros profissionais vão, mas eu acho que, quando em visita na casa você não vai, você sugere, olha, você não vai criticar porque a pia está... você tem que entender porque está daquele jeito sabe?” (T1)*

O exemplo anterior apresentado por T1, relativo à prática nas Residências Terapêuticas, parece uma tentativa de evidenciar alguns valores e princípios que, de acordo com o participante, são alicerces do trabalho do terapeuta ocupacional. Apesar de não colocar isso explicitamente, vai deixando essa relação implícita ao longo de seu discurso, apesar de, ao final, ponderar sobre estas características não serem exclusivas deste profissional.

Conteúdo semelhante apareceu no discurso de T5 a seguir que, complementando T1 e mantendo a mesma tônica, acrescenta alguns outros elementos, ampliando a discussão, resgatando a Reabilitação Psicossocial como fio condutor desta prática e acrescentando a contribuição que os terapeutas ocupacionais podem dar aos demais profissionais para que sejam capazes de atuar de maneira condizente com o atual modelo de saúde mental:

*“Não, acho que é isso mesmo. Talvez um complemento a isso, ou ampliando um pouco disso, né. É, essa questão do projeto da residência terapêutica e esse cuidar desse olhar. O projeto Residência Terapêutica ele está dentro de um projeto macro que é o projeto da Saúde Mental, da Reforma, da desospitalização, né, e da possibilidade da reabilitação, de um tanto de sujeitos que estavam lá reclusos e que então a gente possibilitou de voltar para uma outra vida, ou voltar a vida de novo de maneira mais ampla. E... as ações desenvolvidas dentro das RT's são muito diferentes, são muito distintas de um lugar para o outro [...] e a gente recebeu uma nova moradora [...] e o quanto eles eram tutelados dentro da moradia, né. É... inclusive com profissionais que também chegaram remanejados desses outros espaços, de monitores e o auxiliar de moradia, o quanto o cuidado era um cuidado tutelado, do sujeito nem o almoço no prato punha, porque era o profissional que punha, era o profissional que fazia todo o manejo. E que lá no (nome do CAPS em que atua) a gente trabalha de maneira bem diferente, e aí diferente, é interessante porque, é... a gente acredita nessa reabilitação e desenvolve essa reabilitação com esses moradores [...] mas ainda assim, mesmo o (nome do CAPS em que atua) tendo essa lógica e essa compreensão do cuidado e da moradia, ainda tem profissionais que ainda fazem essas inferências; não sei, talvez, não é... muito da enfermagem assim, principalmente, da enfermagem, os auxiliares de enfermagem que tem, apesar de ser de um projeto CAPS e muitos estarem há anos trabalhando na saúde mental já era para terem desmitificado esse olhar mais biológico, esse olhar mais da enfermagem, mas ainda mantém [...] Agora isso, às vezes, me traz um certo conflito, uma certa... sei lá o que lá no CAPS né, porque, às vezes, eu vejo isso, é... não só dentro da especificidade da terapia ocupacional, no cuidado da terapia ocupacional, mas é um cuidado do projeto, da Reforma Psiquiátrica da... quando eu, enquanto profissional, me proponho a ir trabalhar na Saúde Mental supostamente eu tenho que me haver, qual é o projeto, né? E qual a lógica desse projeto, qual é a filosofia, qual é a prática desse projeto né, para eu me adequar a esse projeto. É... e aí também, acho que nós, terapeutas ocupacionais, como profissionais da Saúde mental, talvez possamos também ajudar nessa compreensão, assim, do cotidiano, e do como é isso no geral” (T5)*

É importante destacar no apontamento de T5 a temática que trouxe para o debate em torno das ações nas Residências Terapêuticas – apesar de não ter sido muito investida pelo grupo – e que diz respeito a qual é o projeto maior, os princípios e pressupostos que a Reforma Psiquiátrica disponibiliza para fundamentar o campo da saúde mental, aspectos com os quais os profissionais deste campo precisam se comprometer para proceder de maneira coerente com o atual modelo de atenção em saúde mental pretendido. Trata-se de apontamento absolutamente relevante, uma vez que convoca todos os envolvidos a se questionarem sobre se suas práticas estão operando na lógica da desinstitucionalização (da forma como assumida no presente estudo) ou da institucionalização (que sustenta o modo asilar). Ainda, verifica-se que a crítica trazida por T5 reside justamente no fato de ele identificar entre os demais profissionais da equipe posturas e formas de agir com os sujeitos nas Residências Terapêuticas que respondem à lógica que se tem pretendido superar. Conclui, por fim, que os terapeutas ocupacionais podem auxiliar na compreensão das particularidades deste campo, mas também na do cotidiano.

O relato de T5 encontra respaldo nos apontamentos feitos por Ferigato et al. (2016), os quais destacam a importância de as ações de cuidado nas Residências Terapêuticas serem construídas de forma interdisciplinar, posto que, além de não serem patrimônio de nenhum núcleo disciplinar, caracterizam-se como uma abordagem que compõe o campo mais geral da saúde mental. No entanto, compreendem se tratar de uma forma de cuidar bastante próxima do núcleo da terapia ocupacional, uma vez que se configura como uma clínica que é produzida num contexto privilegiado para a produção do cotidiano, cotidiano este concebido por Leão e Salles (2016) como possível alicerce, linha orientadora das práticas desenvolvidas por terapeutas ocupacionais.

Verifica-se, pois que o cotidiano é uma perspectiva que subsidia as intervenções deste profissional, concedendo-lhe elementos tanto conceituais quanto práticos que viabilizam o trabalho nas Residências Terapêuticas de maneira mais coerente. Talvez seja nessa direção que alguns participantes – por meio dos relatos supracitados - busquem defender uma familiaridade e maior apropriação dos TO's nesta atuação, justificando de que maneira seu núcleo pode contribuir no trabalho em equipe nestes espaços.

Ressalta-se, no entanto, que isso de forma alguma justifica as ações tutelares e institucionalizantes realizadas por outros profissionais – como sugerido pelos participantes - e tão pouco qualifica o TO como profissional específico para o trabalho nas Residências, mas antes, talvez esteja revelando a dificuldade de alguns profissionais adequarem suas práticas

para que sejam condizentes com o atual modelo de cuidado na saúde mental, ou ainda uma espécie de resistência para o trabalho interdisciplinar em função das crises identitárias que este pode despertar.

Já para T9, em concordância e complementariedade aos discursos anteriores de T1 e T5, a atuação do TO nas Residências Terapêuticas revela-se um bom exemplo para problematizar algumas características deste profissional que se diferenciam das dos demais e que acaba por contribuir com o desenvolvimento da prática de cuidado neste contexto:

*“E... quando você toma aquilo como seu (fazendo referência à Residência Terapêutica) é muito ruim. Então esse olhar também é... com a chegada, acho que a moradia é um bom exemplo para gente, assim, do seu papel (fazendo referência ao terapeuta ocupacional) e dos outros assim né” (T9)*

Verifica-se nos relatos anteriores que parece haver uma defesa – ainda que não explícita e, de certa forma, diluída – em torno da qualidade do terapeuta ocupacional, no contexto da equipe, para auxiliar os sujeitos no processo de morar, o que inclui um olhar refinado sobre as regras básicas de respeito. Apesar desta suposta defesa, os participantes que se colocaram foram enfáticos em demonstrar uma espécie de indignação em relação aos profissionais que não assumem esta prática, o que neste momento apareceu como uma espécie de crítica, como vem apresentado por T5.

Argumenta-se que, da forma como trazido pelos TO's, parece, de fato, haver entre estes e os demais profissionais da equipe uma disparidade na forma de conceber as Residências Terapêuticas e de atuar nestas. Ou seja, os TO's parecem dizer de uma prática dos demais profissionais nas Residências que remete à imagem destas como extensões dos serviços de cuidado propriamente, além da imposição de uma aparente relação de poder, o que impossibilita a estes profissionais (e provavelmente dificulta aos moradores destas casas) reconhecê-las como espaços que precisam passar a ser habitados pelos sujeitos, que precisam ter impressas as subjetividades de quem ali reside; mas, mais do que isso, que colocam em risco o atual projeto da saúde mental quando imprimem no cotidiano do cuidado ações institucinalizantes.

Nessa direção, Ferigato et al. (2016) apontam que condutas como, pedir licença para entrar na Residência, bater na porta, bem como incluir adornos produzidos pelos próprios moradores na decoração da casa contribuem para evitar que estes espaços se institucionalizem, o que claramente exige uma mudança de postura de todos os profissionais envolvidos e na forma de estes estabelecerem relações com os moradores.



Importa destacar que a experiência de habitar um espaço não se relaciona simplesmente com o espaço físico, mas sim com a vivência de habitar um lar, lugar que “[...] se abre como potência para processos de reconstrução e atualização de novos processos de subjetivação” (FERIGATO et al., 2016, p. 83).

Assim, é fundamental explicitar a potência e importância das Residências Terapêuticas para o processo de Reforma Psiquiátrica, mas também para a (re)construção de histórias de vida que ela possibilita a cada morador, o que justifica o necessário investimento e sustentação desse dispositivo no âmbito da saúde mental.

Por fim, importa deixar claro que

No processo de reabilitação, vivenciado a partir do cotidiano de cada morador, mais do que a conquista de novas habilidades ou inserções no mundo pragmático, verificamos a construção dos direitos substanciais de cada um, a inserção em um mundo relacional no qual se é agente ativo (FERIGATO et al., 2016, p. 84, grifos nossos).

No que diz respeito à Atenção Psicossocial, no primeiro encontro de Grupo Focal discussões e construções também foram produzidas pelos participantes, entretanto, é fundamental destacar que a apresentação da proposta de refletir sobre a relação entre a terapia ocupacional e Atenção Psicossocial gerou evidente incômodo entre os participantes.

Uma das hipóteses é a de que, na ocasião em que a questão foi disparada, já havia transcorrido um bom tempo de discussão, o que pode ter gerado cansaço e pouca disponibilidade para novas incursões mais adensadas, ou mesmo que o convite para esta discussão tenha implicado no contato com um não saber, com a dúvida sobre o que dizer. De qualquer forma, a expressão facial, corporal e as verbalizações deixaram evidente que a proposta gerou desconforto.

Houve muito tempo de silêncio, foi preciso muito estímulo do moderador, pessoas se levantaram, foram ao banheiro, cochicharam, até que algumas pessoas se dispusessem a iniciar a discussão. Hipotetiza-se que a ideia de Reabilitação Psicossocial está mais consolidada no imaginário e na prática dos participantes, enquanto a de Atenção Psicossocial parece ainda estar em processo de ser materializada “mentalmente”, não sendo ainda tão visível, palpável e concreta, o que pode ter gerado dificuldade no processo de imersão dos participantes para produção de teorizações e reflexões. Estas hipóteses também se assentam nas observações feitas acerca das manifestações corporais, de alguns comentários verbalizados pelos participantes e mesmo da produção em torno desta temática.

De fato, a densidade de conteúdos elaborados pelos participantes acerca desta perspectiva foi bem inferior se comparado ao que foi produzido em relação à Reabilitação Psicossocial, o que leva a crer que, talvez, pouco tem sido pensado ou refletido sobre a Atenção Psicossocial pelos participantes da forma como proposto neste estudo, ainda que, como revelado nos discursos, exista claramente conhecimento ao menos do termo, o qual se faz presente não só no nome de dispositivos, mas na estrutura e na sustentação de políticas do campo, em debates em importantes fóruns que deliberam sobre novas normativas, mas especialmente na prática do dia a dia.

Argumenta-se que a baixa densidade de reflexões e produções do grupo em torno da Atenção Psicossocial deflagra mais as fragilidades na formação graduada dos profissionais e nos processos de Educação Permanente do que, efetivamente, um não conhecimento destes profissionais sobre Atenção Psicossocial, até porque, o que fica possível verificar nos resultados é que a Atenção Psicossocial tem sido operacionalizada na prática e investida, mesmo que de maneira não tão clara, como estrutura robusta que ampara as ações de cuidado.

Ressalta-se que o investimento nessa discussão se deu, principalmente, a partir da definição de Atenção Psicossocial proposta por T8, como já apresentado na primeira categoria temática.

*“É... acho que a atenção é isso assim, acho que é um pouquinho do que já foi falado, que é esse olhar do que a (fazendo referência a outro participante) colocou, do olhar para o cotidiano, do tipo, não tem gás, mas... e aí né?! E quando não tem gás o que é que a gente faz para ter gás em casa? Cortou o gás ou era um botijão que acabou...? Né, esse olhar; ou, não tem dinheiro para pagar a conta, não tem dinheiro para trocar o gás; esse olhar do tipo, não vou arrumar a cama, vou ensinar a arrumar a cama, é... Então é esse olhar para a vida, para o cotidiano, dos lugares de inserção, de onde ele circula, para daí construir esse projeto terapêutico, o projeto terapêutico singular desse sujeito né.” (T8)*

*“Eu acho que talvez o trabalho da TO, pensando aí... a atenção, eu acho que é instrumentalizar. Então, por exemplo, pensar junto, junto com o cara, é... o que que a gente faz para ter o gás, o que que... como é que a gente faz para ir na entrevista de trabalho, o que que, como é que a gente faz para fazer o currículo, acho que isso é instrumentalizar né, acho que isso é um pouco...um pouco da atenção psicossocial assim, para depois a gente pensar um pouco na ação...” (T6)*

Verifica-se nos relatos acima que proceder em terapia ocupacional na perspectiva da Atenção Psicossocial vem relacionado com uma análise contextual ampla, uma espécie de análise prévia sobre a condição do sujeito e de todos os elementos que compõem o seu viver



concreta e subjetivamente, bem como sobre as possíveis formas de implementar ações de cuidado, de “agir”.

Na direção do que vinha sendo apontado e elaborado pelo grupo, um dos participantes arrisca um aprofundamento aparentando tentar reforçar a estreita relação entre terapia ocupacional e Atenção Psicossocial, bem como a pertinência e correspondência entre os pressupostos de ambos justificando, em alguma medida, o que já havia sido dito pelos demais:

*“Querida falar assim é... Eu acho que eu tenho experiências de trabalhar como TO em outras áreas que não só a saúde mental. Eu acho que a TO se apropria da atenção psicossocial em qualquer área que ela trabalhe, ela tem esse olhar da atenção psicossocial [...] então acho que aí diferencia um pouco, atenção psicossocial está sempre na teoria da TO, no olhar da TO, em qualquer... área específica, especialidade [...]” (T7)*

Embora os participantes tenham investido em estabelecer relações entre a terapia ocupacional e a Atenção Psicossocial e em produzir reflexões e conteúdos sobre esta, como já mencionado anteriormente, verificou-se pouco avanço, além de ser possível identificar que as tentativas de articulações não inovam, se comparadas às argumentações apresentadas para as articulações estabelecidas entre terapia ocupacional e Reabilitação Psicossocial, parecendo apenas atualiza-las. Isso faz retomar a discussão acerca da importância dos processos de formação e Educação Permanente, cujo potencial está em possibilitar o encontro entre o “pressuposto, o conceito” e quem os operacionaliza na prática, possibilitando a integração de “partes” que, embora já presentes na prática, parecem ainda parcialmente desconectadas.

Por fim, do segundo encontro de Grupo Focal, a última questão para encerrar a proposta do dia e finalizar a participação dos TO's na pesquisa indagava os participantes sobre se após a retomada de aspectos da Reabilitação Psicossocial e Atenção Psicossocial eles sentiam necessidade de acrescentar mais alguma reflexão em torno das contribuições destas perspectivas para a prática profissional. A partir desta questão, dois momentos significativos se apresentaram; um deles em relação à questão propriamente e outro relativo à experiência de participação na pesquisa.

Sobre a questão propriamente os relatos a seguir ilustram o que foi dito pelos participantes:

*“Quando eu li “Reabilitação Psicossocial” do Saraceno eu acho que eu falei assim: “é isso TO para mim”! É o morar, é o cotidiano, é autonomia. Quando eu li reabilitação psicossocial eu vi assim a TO quem, não quem, mas todos são parte da reabilitação, mas eu vi muito o papel fundamental do TO nisso né, do morar...” (T7)*

*“Eu acho que é interessante... Eu estava pensando... eu lembro que quando eu entrei para a saúde mental rolou... teve uma pergunta do tipo, estavam vários psicólogos conversando, e aí entrou a questão da psicanálise, e aí eu falei “não, eu não sigo psicanálise” né, tipo, “mas o que você segue?” eu falei “estou no CAPS!!, eu sigo a reabilitação psicossocial”, assim e é isso! Tipo, a gente pode ter linhas, porque a TO também tem linhas né, porque o pessoal acha que não, que TO é TO pura e simplesmente, mas temos, a gente tem, tem as linhas em TO, e aí eu fico pensando que é isso, que a TO é a reabilitação psicossocial nesse sentido. A reabilitação psicossocial faz o nosso fazer, é... está na nossa análise ali do cotidiano, né, e... Não sei assim, acho que é isso que ela falou, cabe! É quando veste, veste a TO assim”! (T8)*

Importa ressaltar que os relatos acima, na ocasião do encontro, geraram uma espécie de movimento no grupo; as pessoas concordaram com o que foi dito, algumas falavam ao fundo, percebia-se um tom de entusiasmo e até de emoção, o que parece ter criado uma atmosfera bastante afetiva, possibilitando, na sequência, brincadeiras e risos entre os participantes.

Além disso, parece ter impulsionado alguns participantes a relatarem sobre a experiência de participar da pesquisa, mas também sobre a potência do encontro e trocas experimentadas por eles, como se verifica nos relatos a seguir:

*“Eu acho que a gente contemplou, acho que tem uma coisa que todo mundo diz que não é uma visão reducionista né, não dá para ser isso ou aquilo, não dá para seguir só uma linha né [...] Ah, e da pesquisa assim que legal para a gente [...] Porque o cotidiano nosso vai nos atropelando... Vai nos atropelando e a gente não para pra pensar...” (T1)*

*“Mas eu acho que poderia assim, é... ter mais encontros da gente sabe? Que a gente não faz né? [...] é, pelo menos se encontrar! A gente se encontrou depois de seis meses e quantas coisas que a gente produz em duas horas, eu acho que... Bacana isso! Da gente fazer um grupo né, com os TOs; acho que tem isso também, de pensar, porque realmente a gente atropela muito...” (T9)*

*“Mas bacana, foi legal o encontro... Acho que é bacana a gente, às vezes, parar também para fazer alguma produção assim mais teórica e ver para olhar para a nossa prática, com um olhar um pouco mais teórico também, um pouco mais do que é aquilo que a gente está produzindo, do que é aquilo que a gente está fazendo... Que... é isso né, a gente que está na lida e tem isso na veia, assim, a gente vai, e até uma coisa que apareceu bastante aqui, de repente a gente falou de TO como sendo o super onipotente, TO faz tudo, TO dá conta de tudo, e na verdade não é isso né... Na vida a gente não é esse ser... tão poderoso assim. Na prática profissional também, assim, a gente tem um tanto que a gente consegue chegar e um tanto que aí olha, passo o bastão, corrida 4x4, vou tentando... Tem que ter essa humildade também e dizer “não, daqui para frente não sou eu, é o monitor, é o psicólogo, é o psiquiatra, é o enfermeiro, é sei lá quem né”, mas eu acho que é exercício!” (T5)*

*“Nossa, eu adorei! Gostei muito de poder pensar na TO, no nosso fazer aí...” (T7)*

## **7.6 O QUE PRODUZEM OS CAPS: TESSITURA DO CUIDADO NO “ENTRE JOGO” REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Em meio às discussões realizadas pelo grupo, a partir de dimensões mais conceituais e reflexivas sobre o modelo de cuidado pautado na Atenção e Reabilitação Psicossocial, inevitavelmente a variável “serviço CAPS” foi mencionada, explorada e colocada em cena enquanto dispositivo que influencia e, de certa forma, condiciona algumas maneiras de pensar e produzir as práticas de cuidado. Essa condição vem expressa na fala de um dos participantes:

*“Faz a gente pensar várias coisas, na verdade, inclusive no próprio... quer dizer, pelo menos me faz pensar um pouco isso, do olhar né, da reabilitação e da atenção, e também da missão que... que os serviços CAPS têm, assim... Qual é a missão do CAPS? que é justamente trabalhar a reabilitação, é... em cima da atenção. Se a gente também pensar um pouco em complemento ao que a colega traz, a gente pode dividir aí, dividir não né, mas pode pensar na... na atenção, no momento do sujeito no CAPS, que é o olhar e a atenção da crise né, e um outro momento que é o olhar e a atenção da reabilitação propriamente dito, da reinserção... Que eu acho que hoje também, pensando um pouco no CAPS, na dinâmica do CAPS, às vezes, a gente fica muito perdido, assim, cuida da crise ou cuida do sujeito que está indo para a oficina? Ou cuida do sujeito que precisa estar lá no território? Cuida do sujeito que está lá na rua? É... Acho que me faz pensar um pouco nisso, assim, o que é o CAPS, qual é a missão do CAPS e o que o CAPS, como o CAPS interage na rede e para dentro também, como o CAPS se organiza né. E o quanto a gente percebe que, muitas vezes, as equipes estão com essa demanda intensa, cuidar da crise, cuidar do sujeito que está em crise no leito e... e cuidar do sujeito que está num outro processo, num outro momento, entendendo que esse que está em crise no leito também vai sair em algum momento e vai estar lá no outro, né, mas... não sei, traz um pouco essa ideia quando a gente senta para falar da atenção, da reabilitação, do CAPS, enfim...” (T5)*

Verifica-se na fala de T5 uma inquietação acerca da missão do CAPS, o que se mostra pertinente não só pelo atual momento, mas também porque desde seu surgimento os serviços CAPS têm sido concebidos e estruturados de maneiras muito plurais, tanto no que se refere às concepções de cuidado que os orientam, quanto em sua operacionalização. Nesse sentido, por vezes, se configuram como espaços inovadores e alinhados ao atual modelo de assistência em saúde mental, por outras, aparecem identificados com e alinhados a práticas retrógradas e com tendência a atualizar o passado da lógica asilar.

Trazer esta discussão à tona se mostra pertinente, pois questionar a missão dos CAPS é questionar, em alguma medida, o papel social e político dos profissionais que dão à estrutura concreta dos dispositivos a cadência do acontecer cotidiano, a vida pulsante do cuidar. Ou seja, questionar a missão dos CAPS é, simbolicamente, questionar o arranjo técnico vivo que provê a assistência, é questionar o ideal de cuidado, a concepção de loucura, de trabalho em rede, a noção de Atenção e Reabilitação Psicossocial que nutrem este corpo coletivo que é a equipe e que se move para agir a partir do encontro com o outro.

Por outro lado, as questões colocadas pelo participante sobre a missão dos CAPS faz também questionar acerca da clareza dos profissionais sobre o que são e como devem funcionar estes dispositivos junto aos demais serviços disponíveis no território. Isso porque o discurso, que parece revelar o excesso de demanda e uma aparente escassez de recursos para o manejo das situações de sofrimento que chegam ao serviço, talvez esteja denunciando também possíveis entraves no trabalho em rede, posto que não é atribuição dos CAPS canalizar para si todas as situações relativas à saúde mental indiscriminadamente já que

O Caps, mais do que um serviço, é uma estratégia de mudança do modelo de assistência que inclui necessariamente a reorganização da rede assistencial, a partir de uma lógica territorial, o que significa ativar os recursos existentes na comunidade para compor e tecer as múltiplas estratégias de cuidado implícitas nessa proposta (YASUI, 2010, p. 68, grifos nossos).

Assim, o que deve se processar cotidianamente no CAPS é o investimento para estabelecer um projeto terapêutico a cada sujeito, pautando tal projeto em suas demandas singulares, bem como em sua complexidade. Para tanto, tal projeto deve ser composto por várias estratégias de cuidado, as quais pressupõem a articulação dos distintos projetos aos distintos recursos existentes no território e arredores do serviço. Isso é um CAPS (YASUI, 2010).

Conceber o CAPS sob esta perspectiva e com estas atribuições remete a uma de suas mais importantes funções, que segundo Yasui (2010) é a do necessário trabalho em rede para que cumpra sua missão.

Transcendendo os CAPS e compartilhando a responsabilidade do cuidado numa composição que precisa se fazer em rede, aponta-se que é necessário pensar os serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial como

[...] um dispositivo que tece (no sentido de trabalhar a urdidura e a trama) e ativa uma rede de cuidados. Os agentes serão os coletivos, mais do que as equipes multiprofissionais que apenas se constituem de profissionais compartilhando um

mesmo espaço. Serão os cuidadores de distintas profissões e de distintas instituições dispostos a articular e a construir/inventar esse dispositivo de cuidado. E mais além: serão os familiares, os amigos, os colegas da escola, do trabalho, enfim, todo aquele que se puder implicar nesta ampla rede de cuidados (YASUI, 2010, p. 112).

Verifica-se ainda na fala de T5 que a assistência descendente do CAPS se materializa numa espécie de proceder com a Reabilitação a partir da Atenção, ou seja, a Atenção aparece aqui novamente vinculada ao interior do serviço e, especialmente, à crise, como se fosse um primeiro momento da assistência, quando o sujeito chega ao serviço e que o momento seguinte seria, então, o da Reabilitação e, portanto, o trabalho com o fora para a (re)inserção e o acesso à vida. Essa ideia é desenvolvida pelo participante que, pautado nesta perspectiva, se questiona sobre por onde iniciar o cuidado, a quem atender primeiro e como organizar isso na prática do dia a dia. Verifica-se, com este apontamento, não só a denúncia velada acerca da sobrecarga e falta de profissionais, mas também uma espécie de sentimento de ausência de fio condutor, de uma diretriz que oriente sobre como proceder no cuidado diante desta condição que se apresenta atualmente.

Talvez em meio às necessidades estruturais e que influenciam diretamente a organização do serviço e dos profissionais, haja também o anseio por um “saber fazer” que direcione por onde seguir, mas que fica localizado pelo participante no serviço como estrutura e ideologia. Argumenta-se que aprofundar na compreensão sobre a Atenção e Reabilitação Psicossocial representa a possibilidade de avançar nesta condição, bem como de qualificar a prática desenvolvida em função dos processos reflexivos que este pode ensejar a partir de tal aprofundamento.

A reflexão em torno da missão do CAPS e como esta se relaciona com a Atenção e Reabilitação Psicossocial foi uma discussão retomada no segundo encontro de Grupo Focal. Apesar de não ter sido muito investida e de sua abordagem ter sido proposta e sustentada pelo mesmo participante que a problematizou no primeiro encontro, neste segundo a temática foi nutrida por novos elementos e reconsiderações como, por exemplo, a Atenção Psicossocial não ser uma atenção exclusiva à crise, como se verifica a seguir:

*“[...] a gente está falando do projeto, remetendo ao macro também que é o projeto que o CAPS se propõe né? Que é a atenção psicossocial que é a atenção à crise, supostamente, ou a atenção ao sujeito enquanto um sujeito, não reduzir só à crise também, acho que a atenção psicossocial não é um cuidado à crise, é um cuidado ao sujeito, pelo menos da maneira como eu tento lidar e a reabilitação psicossocial, que são dois grandes projetos desse modelo que a gente conseguiu aí validar pelo menos ao longo desses 30 anos quase de reforma psiquiátrica” (T5)*

A crise foi temática abordada no primeiro encontro do grupo que, neste bojo, pareceu mobilizar os participantes em torno de discussões que lhe geraram questionamentos sobre como proceder. Aparentemente, fica uma espécie de visão cindida sobre os sujeitos, o que determina uma separação entre aqueles que estão em crise e os que não e a dúvida sobre por onde seguir, a quem atender, como proceder. Essa condição fica explícita nas falas a seguir:

*“E eu acho que a gente vai entrando cada vez mais nessa rotina porque, a impressão que eu tenho é que a gente cuida muito bem da crise, a gente vai dando conta nem que seja na unha assim, a gente vai dando conta muito bem, mas esse outro momento né, de o cara ir para fora, de o cara ir para vida, de outros projetos de vida... se a gente não se atenta fica mais estagnado mesmo; nesse momento eu acho que é o que a gente está vivendo.” (T6)*

*[...] pensando que eu acho que a maioria dos CAPS parece que fica ali apagando fogo né, então a crise se destaca e os usuários que não entram em crise, que estão numa coisa mais estável e a vida também não está acontecendo, se a gente não se atenta, eles vão passando, dá um ano os caras estavam lá, eles não fizeram crise, mas também não foram para a vida, as coisas ficaram paradas né [...] (T2)*

Os relatos acima revelam preocupação com os momentos de vida que os processos de cuidado vão sendo capazes ou não de subsidiar. Revela-se claro o conflito em relação ao manejo da crise, o que parece inclusive, em alguns momentos, dar a tônica dos serviços CAPS, o que é um risco, uma vez que esta tendência pode engessá-los na condição de dispositivos que majoritariamente se dedicam a estabilizar a crise, como se esta estivesse descolada de todo o percurso de vida do sujeito. Nesse sentido, destaca-se a importância da preocupação apresentada pelos participantes.

Importante é demarcar que, dado o cenário atual<sup>15</sup> dos desmontes proferidos no âmbito das políticas e dos serviços de saúde mental por um cenário político conservador, a discussão em torno da real função dos CAPS e do verdadeiro potencial destes é imprescindível para esclarecer que as atuais dificuldades e fragilidades apresentadas por estes dispositivos não são atestado de sua ineficiência, como deseja fazer crer uma corrente conservadora e afeita à lógica manicomial, mas ao contrário, é reflexo, em grande parte, do desinvestimento financeiro maciço no campo da saúde mental. A comprovação da eficiência destes dispositivos – e da imprudência do desmonte atual – vem retratada no histórico processo de

---

<sup>15</sup> Para uma compreensão mais detalhada e aprofundada acerca do referido cenário político e dos desmontes proferidos no âmbito das políticas e serviços de saúde mental, consultar DELGADO, P. G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, e0020241, maio. 2019.

Reforma Psiquiátrica brasileira, assim como nos inúmeros estudos produzidos ao longo destes anos.

Adicionalmente a isso, os relatos também revelam dúvida sobre o trabalho com elementos dentro e fora do serviço CAPS e esta relação com a Atenção e a Reabilitação Psicossocial, como já discutido em categoria anterior. Retomar este aspecto aqui se faz necessário para que fique evidente a sinergia entre as dimensões das categorias temáticas e que a discussão sobre Atenção e Reabilitação Psicossocial parece ter gerado uma espécie de desacomodação e, conseqüentemente, dúvidas/questionamentos que se localizam no campo conceitual, mas com implicações diretas na prática. Ou seja, ainda existem arestas a serem aparadas diante das situações vividas nos serviços relativas ao cuidado ofertado.

Por fim, parece que é no universo coletivo que despontam outros olhares e ponderações sobre a função dos CAPS, mas, principalmente, um olhar autocentrado que permite localizar na figura de quem cuida a possibilidade de reverter esta lógica e conferir ao serviço outras qualidades assistenciais, bem como trabalhar a relação “dentro e fora” dos serviços. Talvez esta construção evidencie avanço na possibilidade de ampliar ações, estratégias e, conseqüentemente mudanças:

*“Eu acho que a definição que você fez foi perfeita, eu acho que sim, é o olhar e assim, o CAPS olha e, às vezes, é que eu estou aqui pensando, a gente olha para complementar o olhar do cuidado porque nem sempre é ali que ele vai precisar ser cuidado [...]” (T3)*

*“Uma outra coisa de recurso que a gente estava falando né, eu não acho ruim é... o CAPS ter um vídeo game lá dentro, acho super legal, inclusive, bom seria se todos os CAPS pudessem ter um vídeo game dentro como oferta né... para um determinado momento, para um determinado grupo, aonde pudessem ser trabalhadas coisas importantes, utilizando o vídeo game como recurso aí na clínica, como um recurso para estar com aqueles sujeitos né. A questão é não nos fecharmos; a questão é não fazermos uma clínica reducionista dentro do CAPS, e aí como a gente faz isso fora também.” (T5)*

*“É, exatamente, é nisso que eu queria chegar. A gente também tem que tomar um cuidado nisso, sabe... De achar que é lá que vai acontecer, não, né, acho que a gente tem que usar dessa criatividade; eu procuro ser otimista né.” (T1)*

Verifica-se que, em meio às dúvidas emergidas, aos questionamentos sobre como concebem e operam as práticas de cuidado e às reflexões que a discussão coletiva promoveu em torno da função do CAPS, os participantes, apesar de enfocarem este dispositivo, em



processo passaram a mencionar a si próprios também enquanto atores primeiros deste ato de cuidar.

### **Categorias Temáticas oriundas dos Encontros de Grupo Focal com Profissionais**

#### **7.7 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: RESGATANDO ORIGENS, DEFININDO CONCEITOS**

O convite para refletir sobre Reabilitação Psicossocial e Atenção Psicossocial no primeiro encontro do Grupo Focal com Profissionais parece ter mobilizado o coletivo na direção de se questionar acerca destas perspectivas, evidenciando a assunção, por alguns participantes, de que se tratam de conceitos distintos, ainda que para outros pensar sobre isso tenha gerado certa estranheza, como se verifica nos relatos a seguir:

*“E aí me pegou um pouco de surpresa porque daí eu fiquei assim “atenção psicossocial e reabilitação psicossocial”... E, eu já vim assim, tipo, ai, ai né, já deu um certo... porque eu acho que não é uma coisa que a gente, eu pelo menos ultimamente não paro... não sei se é pelo CAPS, enfim, mas parar para pensar, tipo... mas e aí? Qual que é assim, qual é o... a sutileza da diferença assim, entendeu? E aí eu... me deu, me causou uma estranheza assim, para mim mesma sabe? Acho que...” (P2)*

*“Não, para mim, eu também, eu fiquei pensando, eu não tinha me atentado assim a atenção e reabilitação [...]” (P4)*

*“Mas é interessante o que ela colocou, eu também não tinha... percebido a diferença não né, entre as duas coisas” (P3)*

Verifica-se nos relatos anteriores que, ainda que o discurso das participantes venha orientado pela surpresa acerca de uma suposta diferença entre as perspectivas, este não se apresentou como uma defesa propriamente, como ocorreu no Grupo Focal com TO's, mas parece que somente neste momento as participantes pararam para pensar sobre estes conceitos e acabaram considerando, sugerindo que houvesse diferença entre eles.

Apesar disso, nenhuma participante se arriscou em apresentar elementos para explorar a temática em torno de tal diferenciação, assim como o grupo também não se mobilizou no



sentido de tentar, por exemplo, encaminhar a discussão para o campo mais amplo da saúde mental como forma de tornar o momento mais confortável diante do incômodo de um possível “não saber”, ou mesmo como estratégia para sustentar alguma construção. Aparentemente a questão apresentada gerou uma espécie de surpresa, esquivada, ao menos no primeiro momento.

Embora uma das hipóteses sobre esta reação do grupo seja a de que a questão disparadora, ainda que aberta e ampla, possa ter sugerido que o esperado fosse que as participantes discorressem sobre uma suposta diferença – revelando fragilidades no instrumento utilizado para a condução do Grupo - havia a possibilidade de estas se colocarem perplexas com tal distinção, ou mesmo que defendessem que se tratam de terminologias distintas para o mesmo fenômeno. Isso se sustenta na medida em que uma das participantes afirma que no dia a dia os termos são utilizados como sinônimos, como se verifica a seguir:

*“É, o que me chamou mais a atenção é a questão da diferença entendeu, atenção e reabilitação, aí eu fiquei um pouco... repensando assim, eu falei “nossa... a gente usa os dois termos meio que para a mesma coisa”, assim, pelo menos no dia a dia né, assim, por mais que tenha uma diferença conceitual, acho que a gente acaba usando muito mais, é... ah, não sei, assim, entendeu? No cotidiano isso não... não chama a atenção né...” (P2)*

No relato anterior verifica-se que, ainda que o uso dos conceitos ocorra, no dia a dia, de maneira “indiscriminada”, a participante considera, aparentemente de maneira intuitiva, existir uma diferença conceitual entre as perspectivas. Na ocasião foi possível verificar que outros participantes pareceram concordar com os apontamentos de P2, havendo expressões verbais e corporais que demarcaram esse cenário.

Ainda, duas participantes, na mesma direção de P2, consideraram a importância de, a partir do que o grupo compreendeu sobre, refletir acerca da suposta diferença entre os conceitos e assim fazer um investimento para que se elucidasse a compreensão de cada um sobre estes:

*“[...] então, realmente, eu não tinha pensado que são, hoje o foco seja a gente pensar essas duas coisas de formas diferentes, acho que a gente precisa também pensar no conceito de reabilitação do que a gente entende para cada um, assim” (P9)*

*“A gente tem que questionar mesmo né porque a gente não pensa muito nos conceitos” (P3)*

Os relatos anteriores parecem revelar que a dúvida (e incômodo!) gerada pela questão apresentada aos participantes mobilizou alguns deles para um processo de “parar, pensar e refletir” sobre os conceitos e sua relação com a prática que realizam. Adicionalmente, os relatos também parecem se apresentar como uma espécie de estratégia possível de encaminhamento do grupo em direção à discussão suscitada pela questão disparadora. Ou seja, o chamamento indireto feito por P9 aos membros do grupo - quando aponta a necessidade de compartilharem entre si como cada participante compreende o conceito de reabilitação – se revelou ponto de partida em direção às trocas e conseqüente construção conceitual.

Por outro lado, aponta-se para a importância desse resgate e questionamento conceitual entre os profissionais até como estratégia para “fazer falar” os princípios e as concepções de sujeito, de loucura, de cuidado em saúde e de saúde mental que estão subjacentes e que subsidiam as práticas. Isso, mais à frente, ficará bastante evidente em alguns relatos.

Verificou-se, como desdobramento deste movimento e estímulo/convite à reflexão, que outros participantes se colocaram, concordando com a importância de, neste momento, fazerem um investimento para, inclusive, avaliar o que significa fazer atenção e reabilitação hoje, dada as condições contextuais do cuidado em saúde mental atualmente:

*“É... embora já faça parte do nosso dia a dia né, já está dentro de nós, que a gente faz pensando em reabilitação... quem está há muito tempo com esse trabalho, eu pelo menos sinto que se renova, esses conceitos têm que se renovar mesmo, porque fazer reabilitação e atenção psicossocial há 10 anos atrás, numa cidade culturalmente... que a cultura da internação, enfim, era uma coisa; fazer hoje é outra, tem muitas diferenças. E, embora seja um tema óbvio, ele é muito importante de ser renovado, repensado o tempo todo porque mudou mesmo o que a gente busca com a reabilitação hoje e o que a gente buscava antes, antes de existir moradia, ainda. É... quando ainda existiam pessoas morando dentro de hospital e a gente não sabia o que fazer com eles.... E mesmo hoje que tem lugar que não tem ainda serviço residencial terapêutico... Então, essa é uma reflexão também que eu fiz em relação ao tema: apesar de óbvio, ele precisa ser, o tempo todo, realimentado, repensado... É isso” (P1)*

*“E acho que são duas palavras que são muito profundas assim, eu tenho 6 anos no CAPS, mas eu vim também da atenção a pessoa com deficiência, assim, a palavra reabilitação ela é muito ampla né, o que que a gente chama de reabilitação? O que a gente entende por reabilitação na saúde mental? O que a gente deseja para isso, né? E como é a atenção [...]” (P9)*

Verifica-se nos relatos anteriores duas dimensões de reflexão: uma delas apresentada por P1, que sugere a importância e necessidade de atualizar aquilo que se vem denominando de Reabilitação Psicossocial e Atenção Psicossocial desde seu surgimento e uma outra, apresentada por P9, que amplia a discussão questionando, inclusive, o que os conceitos significam a depender do contexto em que são utilizados.

Ainda que os relatos de P1 e P9 pareçam, num primeiro momento, apenas tangenciar a questão a ser discutida pelo grupo - na medida em que não ofertam elementos e conteúdos para a elaboração de “conceituações” – não há dúvida de que se tratam de questionamentos e reflexões fundamentais, uma vez que apresentam potencial não só para evocar as concepções de cuidado elaboradas pelos profissionais, mas também ao se colocarem questões como as apresentadas por P9, por exemplo, instaura-se a possibilidade de reflexões tais como: qual o objetivo, a meta e a função do atual modelo de cuidar, o que se espera alcançar, como e para quê/quem. Ou seja, retomar os princípios básicos, porém fundamentais, historicamente construídos que sustentam e justificam a atual conformação da proposta de cuidado em saúde mental – ainda que sob o signo da reabilitação, como sugerido pelas participantes supracitadas – se revela como possibilidade de refletir sobre o campo e sobre a própria prática que também o constitui.

Essa discussão, dimensionada pelos parâmetros e reflexões apresentados, faz emergir, quase como exigência ética, uma análise em torno da relação entre os saberes e as práticas produzidos no campo da saúde mental, os quais, segundo Oliveira (2010, p. 45) “[...] devem ser avaliados historicamente pelos seus efeitos. Eles têm a oportunidade de dar-se a conhecer como ideias e como vida concreta”.

Ainda, da travessia entre o que foi, o que é e o que pode vir a ser essa relação entre as teorizações que produzem um saber e seu desdobramento enquanto prática real, concreta e produzida na experiência vivida, o autor prossegue afirmando que:

Basaglia também insistia muito em que a forma de fazer essas invenções é inventando e refletindo sobre a prática. A análise não tem que ser sobre o quê tal fulano, por mais importante que ele possa ser, disse sobre isso que eu estou fazendo. A análise deve ser daquilo que eu estou fazendo, e quais efeitos, quais consequências, quais implicações extraio enquanto eu estou fazendo. Daí, como colocar a minha experiência em diálogo com o que já está escrito sobre o assunto? (OLIVEIRA, 2010, p. 45).

Importa ressaltar que não se trata do abandono das teorias ou de assumir a empiria de maneira absoluta, já que existe reconhecida e inquestionável importância acerca das teorias. Ao contrário, a estratégia talvez seja primeiro questionar de qual teoria se necessita para, na

sequência, ser possível responder a questões como “Qual é a nossa priorização com as relações concretas e com a realidade empírica? Qual o lugar que a teoria ocupa, no a priori, no a posteriori, ou durante o ato? Qual seria, enfim, o lugar da teoria?” (OLIVEIRA, 2010, p. 44). Isso tudo representa a autonomia no gesto de pensar-agir, ousadia para criar e produzir, mas também ponderação, cautela e responsabilidade com a equação resultante do ato de cuidar em saúde mental.

Oliveira (2010, p. 44 – 45, grifos do autor), fazendo alusão às ideias e conceitos de autoria de Emerson Merhy, sugere um caminho a ser construído diante desta condição e aponta:

[...] os conceitos são da ordem das “tecnologias leves”. Então, não é qualquer coisa. Ter uma ideia sobre “acolhimento”, por exemplo, ou ter a noção de transferência, faz toda diferença nas tecnologias relacionais que manejam os vínculos. Faz toda diferença que essas ideias estejam à disposição das pessoas. Agora, nós temos que saber em que momento e como elas estão à disposição das pessoas. Isso me parece ser um problema. [...] O Emerson nos ensina o conceito de “trabalho em ato” e talvez possamos pensar também em uma “teoria em ato”. Uma teoria que se produz como ato, e não como estoque de ideias prévias.

Arrisca-se dizer que “Uma teoria que se produz em ato [...]” (OLIVEIRA, 2010, p. 44) corresponde (e se afirma!) ideológica e tecnicamente à ideia de que “A práxis é o fundamento do conhecimento” (YASUI, 2010, p. 114). Práxis que, no âmbito da Reforma Psiquiátrica e da sua produção a partir de transformações importantes, vem possibilitando outros olhares para a questão da loucura, reconfigurando e produzindo conceitos que sustentam e impulsionam formas mais coerentes de prover o cuidado em saúde mental (YASUI, 2010).

A título de curiosidade, mas também de reflexão, destaca-se que a mesma questão disparadora utilizada no Grupo Focal de Terapeutas Ocupacionais e no de Profissionais (“Atenção Psicossocial e Reabilitação Psicossocial: o que pensam sobre isso”?) resultou em encaminhamentos distintos no que se refere à discussão ensejada por cada um dos grupos. Em ambos o moderador procedeu da mesma maneira, ou seja, sugeriu que os participantes trouxessem o que viesse à mente, instaurando um movimento de “chuva de ideias”. Enquanto no Grupo Focal constituído somente por terapeutas ocupacionais, a despeito da cautela inicial, parece ter havido maior investimento para sustentar a discussão e elaborar um conteúdo para as perspectivas apresentadas, no de Profissionais as participantes se mostraram mais reservadas, arriscando menos e com isso parecendo somente margear o assunto.

Apesar de se tratarem de profissionais de mesmas equipes (TO’s e demais categorias profissionais) - aqui separados em dois grupos distintos em função dos objetivos e

encaminhamentos da pesquisa - os distintos encaminhamentos da discussão em cada um dos grupos chamou a atenção, levando a questionamentos, tais como: seria a temática mais familiar aos terapeutas ocupacionais em função da história de constituição desta profissão e sua estreita relação com o campo da saúde mental, justificando o encaminhamento dado por esse grupo? Ou talvez o fato de, no grupo dos TO's, um dos participantes ao se colocar de maneira mais ativa e indutiva, acabou fazendo com que o coletivo se movimentasse em direção a construções mais concretas?

São questionamentos que, em partes, encontram resposta na própria técnica de Grupo Focal, no entanto, aqueles questionamentos restantes, que ficam na penumbra merecem atenção, já que, como se ilustrará ao longo das categorias temáticas, é por meio de exemplos da prática cotidiana que TO's e demais profissionais foram refletindo sobre as questões apresentadas pelo moderador e elaborando conteúdos para estas. Assim, em última instância, as reflexões produzidas a partir das questões parecem representar, em alguma medida, a essência da prática dos participantes, revelando, quando possível, as distintas compreensões que estes têm sobre o campo e suas atribuições profissionais e sobre os sujeitos do cuidado.

A discussão acerca da definição dos conceitos de Reabilitação Psicossocial e Atenção Psicossocial foi retomada no segundo encontro de Grupo Focal com Profissionais no contexto da leitura de uma das questões de aprofundamento do Roteiro 2, questão essa que versava sobre a Atenção Psicossocial especificamente. Embora tenha havido pouco investimento nessa discussão pelos participantes, os que se dispuseram a fazê-la agregaram novos elementos à temática, como se verifica nos relatos a seguir:

*“É que eu acho que o termo ele continua, assim, continua tendo essa mistura né [...] não sei se praticamente isso tem uma grande diferença, mas que a atenção talvez seja aquele olhar mais... diante daquela situação no sentido de atenção mesmo, da palavra, sabe, assim, diante daquele momento, daquela situação, daquele contexto, que pode ser de crise, que pode ser para solucionar uma determinada coisa, ou... não necessariamente é de crise, mas que está ali entendeu, e que talvez a reabilitação tenha mais a ver com o projeto terapêutico no sentido do que você planeja fazer para alcançar essa, vamos supor, possível reabilitação, que perpassa talvez mais pela organização do projeto terapêutico com o usuário, que é mais lento, que é mais processual. Não sei, sabe assim, porque até o tempo todo a gente fica se pegando nessa coisa assim, é provocativo nesse sentido né, e aí eu fiquei pensando se... qual a diferença do termo mesmo, assim. No dia-a-dia não sei se isso faz uma grande diferença para a nossa prática, mas ao mesmo tempo talvez tenha mais a ver com isso, acho que é uma sutileza assim da forma como é colocado....” (P2)*

*“Se misturam né, o tempo todo...” (P3)*

*“[...] É porque a reabilitação e a atenção psicossocial, eu não sei se vai chegar em um conceito muito fechadinho a respeito dessas duas concepções, porque elas se encontram, elas se misturam o tempo todo e eu acho que é de possibilidades infinitas assim, é o que a criatividade, a demanda do outro, os recursos, os instrumentos permitirem, mas que são de possibilidades infinitas, nesse sistema, nesse esquema assim [...]” (P1)*

O relato anterior de P2 evidencia uma tentativa da participante em precisar a Reabilitação Psicossocial e a Atenção Psicossocial nesse segundo encontro, cujas definições, inclusive, encontram certa correspondência no conteúdo produzido pelos participantes do primeiro encontro de Grupo Focal com TO's - especificamente em relação a essa questão. Apesar disso, a participante segue se questionando se há realmente diferença entre os conceitos e sustentando a argumentação de que, no dia a dia, na prática cotidiana, essa reflexão em torno destes conceitos e as supostas diferenças entre eles – sugeridas pelos próprios participantes – não encontram ressonância entre os profissionais.

Já P1, numa aparente tentativa de diluir um possível incômodo gerado no grupo em função da dúvida e incerteza em torno da temática abordada, mas também numa aparente tentativa de dar algum contorno a este, parece buscar “simplificar” a discussão, generalizando o discurso acerca das concepções e suas representações na prática.

Argumenta-se que, apesar de ter havido bastante respeito entre os participantes no momento da discussão, aceitar participar de um grupo de discussão cujo enfoque está pautado em elaborações conceituais/concepções que subsidiam a prática é também aceitar coletivizar um suposto “não saber”, é também uma situação de exposição a supostos julgamentos, o que pode justificar, parcialmente, a postura mais reservada de alguns participantes.

No tocante à Reabilitação Psicossocial, as participantes apontaram, no primeiro encontro do Grupo Focal, em que momento da vida entraram em contato com esta perspectiva pela primeira vez. Algumas sinalizaram que foi no momento da formação na graduação, outras, que somente no contexto da prática, como se verifica a seguir:

*“Eu lembro, eu trabalhava num hospital psiquiátrico, a última reunião, é... geral do hospital, o diretor do hospital chegou falando assim: “olha, agora é certeza, vai ser lançado a Portaria tal e nós, se a gente não mudar, nós vamos fechar, o hospital psiquiátrico vai fechar!”. Assim, bem, ah... grave o tom assim sabe? É... “porque a proposta agora é de reabilitação...” e aí ficou todo mundo, assim, foi tomado pelo desespero de se imaginar [...] do desemprego, do hospital fechar! primeiro do desemprego, aonde eu vou?!!!! e para fazer, o que que é isso mesmo, reabilitação. Essa foi a primeira vez!” (P1)*

*“Para mim foi mais na faculdade, na época de faculdade...” (P8)*

*“Eu acho que a palavra reabilitação, pelo menos para mim, enfermeira é uma coisa assim, a partir do momento que eu entrei na faculdade” (P3)*

Apesar de algumas participantes sinalizarem que foi no momento da formação na graduação que tiveram a oportunidade de conhecer e estudar sobre Reabilitação Psicossocial, o que vem afirmado por outras participantes que acenaram com a cabeça de maneira positiva, houve o contraponto de algumas sobre a formação graduada não ter garantido este contato, ou não ter mobilizado para a aprendizagem e importância deste, como segue:

*“Eu, na faculdade... era mais assim, quando eu fiz a faculdade, não sei também se pelo formato, não é uma faculdade pública e aí era mais quando tinha o estágio, entende? É... o estágio do quarto ano que é psicodiagnóstico, não sei o que e aí, é... quem escolhia fazer estágio em saúde mental né, era optativo, aí tinha esse contato, assim [...] mas não tinha, por exemplo, uma... uma matéria assim, mais voltada para isso assim, não sei se é pelo estilo da faculdade, se... né, quem queria já queria né e já fez [...]” (P2)*

*“[...] eu, eu aprendi, eu ouvi, eu não lembro, eu sou muito ruim de memória, mas eu estou formada faz 10 anos, faz pouco, mas assim, não foi algo que me chamou a atenção na formação a questão da... da reabilitação psicossocial” (P9)*

Verifica-se nos relatos anteriores que o processo de formação na graduação não foi o espaço que garantiu acesso ou algum conhecimento mais sedimentado sobre a perspectiva de Reabilitação Psicossocial. Na mesma direção, uma participante faz referência a esta condição, chamando a atenção, inclusive, para o fato de isso representar uma falha, uma vez que a abordagem em saúde mental no geral revela-se defasada, cabendo à experiência prática viabilizar o conhecimento e aprendizado:

*“Engraçado, você falando assim, estou pensando, eu lembro que na faculdade a gente tinha várias, antigos né, antigos. Mas essa coisa não sei quem falou que parece que, eu acho que a (fazendo referência a outra participante) mesmo disse que, às vezes, a gente não é preparada para a saúde mental né. Eu, enfermeira, venho de uma faculdade que a faculdade ela é muito saúde na comunidade, saúde da família né. Mas eu lembro que passou da psiquiatria, foi assim sabe? Meio que assim, não deram muita ênfase; a prática a gente teve, eu lembro que eu fiz estágio (nome da instituição) eram muito militantes de saúde, eu lembro na época que me impressionou muito eu nem sabia que tinha enfermeira e fazia atendimento,*



*podia fazer um atendimento assim terapêutico dentro de um grupo que era em (identificação da região), achei aquilo o máximo, mas não dava muita importância à teoria! Eu acho que deram artigos para a gente ler, nunca deram um livro... hoje trabalhando em CAPS eu tenho né, às vezes, acesso a uma literatura porque, às vezes, uma psicóloga diz “ah, esse livro é legal” né, médico. Na faculdade a gente... meio que passa sabe? Eu percebo que a gente tem muito a prática, nem tanto a teoria, então... eu acho que é uma falha. Mas assim, eu senti muita dificuldade eu, enquanto enfermeira, eu tive muito... A maior parte minha foi na área hospitalar, emergência, tal, então quando fui para o CAPS, nossa eu sofri muito!!!! Meu primeiro ano lá foi muito difícil! Eu tinha teorias que eu não sabia como elas se, apesar de eu ser super experiente profissionalmente, já ter alguns anos na profissão, era como se eu tivesse caído numa cidadezinha pequenininha num serviço que eu não tinha nada... sabe? É engraçado isso né...” (P3)*

Da discussão acerca do momento em que as participantes entraram em contato pela primeira vez com a perspectiva de Reabilitação Psicossocial, é importante ressaltar que a resposta das profissionais, ao localizarem quando e como acessaram esta perspectiva, evidenciam algum conhecimento e familiaridade com a história do processo de transformação do campo assistencial em saúde mental (mais comumente localizado e identificado pelo movimento de Reforma Psiquiátrica). Isso porque a noção de Reabilitação Psicossocial, como já apresentado e justificado nos capítulos teóricos deste estudo, foi aporte teórico-prático muito importante para subsidiar a construção de uma proposta de cuidado tal como se apresenta atualmente. Ou seja, a Reabilitação Psicossocial, da forma como assumida e metabolizada pelos agentes transformadores do campo da saúde mental brasileira, guarda consigo parte importante de tal história de transformação, mas também de concepções até hoje vigentes no campo.

Um aspecto que se destaca dessa discussão é sobre o momento do contato, especificamente, das profissionais com esta perspectiva. Há aquelas que, por terem mais idade e também mais tempo de atuação profissional, acabaram vivenciando parcial ou integralmente o processo histórico de transformação do campo da saúde mental e, portanto, tendo contato com esta perspectiva “ao vivo”, no momento em que ela passava a ser assumida, como vem registrado no discurso de P1, não tendo, portanto, tal conteúdo durante a formação graduada. Por outro lado, há aquelas profissionais cuja formação graduada, por ser mais recente, possibilitou ao menos alguma escuta sobre a Reabilitação Psicossocial, não sendo, porém, necessariamente garantida a aprendizagem e apreensão de tal perspectiva, como apontado por algumas participantes. Nesse sentido, aponta-se para uma discussão fundamental que diz respeito à abordagem da saúde mental – sua história, seus conceitos e princípios norteadores



da prática - no âmbito dos cursos de graduação na área da saúde (principalmente), tendo em vista que a saúde mental, há tempos, vem sendo vista e compreendida como mais uma dimensão intrínseca à vida humana.

Disso tem-se que as diretrizes das políticas norteadoras do campo da saúde mental evidenciam a importância e necessidade de se implementarem práticas de ensino, pesquisa e extensão que possibilitem a aquisição de novas posturas e atitudes, pelos futuros profissionais, em relação à saúde mental (BARROS; CLARO, 2011). Isso, em última instância, deve significar um compromisso com uma formação que contemple em seu bojo não somente técnicas e teorias, mas que aborde também o histórico de transformação do campo da saúde mental, seus pressupostos teórico-conceituais, os movimentos sociais e a essência da militância pela mudança, a qual contempla uma forte dimensão afetiva e subjetiva e que deve ser contínua e constante.

Como sugere Ornelas (2010), a prática desenvolvida pelos profissionais nos serviços precisa ter uma evidente orientação política, sem a qual não há impulso para a produção de novas práticas antimanicomiais. Tal orientação política dialoga diretamente com a questão formativa, uma vez que

É preciso entender que nossa convicção antimanicomial não nasceu como “pura ideologia”, mas como consequência do conhecimento e da verificação de estudos desta ordem. A formação dos trabalhadores em saúde mental precisa contemplar outras histórias epistemológicas, outras concepções de modelos de atenção, as histórias e trajetórias das experiências internacionais, para que seja possível saber avaliar serviços, sistemas, redes; atuar em redes, em territórios, em comunidades; construir redes não apenas de assistência psiquiátrica, ou de saúde mental, ou de atenção psicossocial, mas de saúde, de outros recursos e dispositivos públicos, sociais, etc. É preciso saber lidar com as famílias, mas não apenas como “parentes”, como “cuidadores”, mas como agentes sociais, como agentes políticos (AMARANTE, 2015b, p. 105, grifos do autor).

No que diz respeito à definição sobre o que é Reabilitação Psicossocial, alguns participantes apresentaram suas concepções e elementos constituintes como se verifica a seguir:

*“Acho que, para mim, vem tanto a questão de... criar habilidades funcionais da vida, da cidadania, do exercício de cidadania, eu acho que é amplo assim, né, que tem tanto... a vertente assim do cuidado da casa, autocuidado, garantir algumas questões até mesmo de sobrevivência; tem um tanto que vai pela via mais expressiva talvez, mas de poder aprender coisas, fazer, ocupar um espaço de trabalho, ocupar espaços coletivos e uma parte mais ampla de cidadania mesmo, de participar de controle social, também de frequentar outros*

*espaços da... da comunidade... da política mesmo, dos interesses, acho que meio que abarca todas essas coisas” (P5)*

*“A grosso modo acho que é autonomia, a gente trabalha com a autonomia do sujeito né, porque o que é reabilitação? É dar autonomia para o... para o paciente, assim né? Conseguir circular mais, ele conseguir minimamente dar conta de onde ele mora, saber onde ele está, com quem ele convive, é... De ser mais funcional, você usou essa palavra né? De ser mais funcional, mas a gente usa muito a palavra autonomia, o sujeito ser mais autônomo assim lá no CAPS [...] (fazendo referência às condutas que promovem ou não a reabilitação) eu digo das condutas do dia a dia assim, né, da gente colocar um caso no leito que é aquele, dá um estranhamento para a equipe, “ah, isso aí não é reabilitar”, acolher o sujeito a hora que ele faz, é... apronta na rua, isso não é autonomia, não é dar, não é reabilitar, né, você acabar fazendo pela pessoa, tipo a gente fazer, “ah não, eu vou lá para ele em tal lugar, não isso não é reabilitar, você tem que ir junto com eles entendeu?” Então, às vezes, é mais prático a gente ir, um exemplo básico: sacar o dinheiro de um morador, mas isso não é reabilitar, você tem que, o certo é o que? Ir lá com o morador junto, faz ele, né? Esse é seu dinheiro, esse é seu cartão, então são exemplos da nossa conduta do dia a dia tipo, isso é reabilitar isso não é reabilitar. Acho que... é isso (P7)*

*“É, acho que é meio que... juntando assim as duas coisas né, assim, o que é autonomia, promover autonomia, mas que ele possa circular da melhor forma para ele, né (P2)*

Verifica-se nos relatos anteriores que a concepção de Reabilitação Psicossocial congrega elementos de distintas dimensões da vida do sujeito e carrega consigo a necessidade de alcançar condições que no limite viabilizem o exercício de cidadania pelo sujeito.

Nesse contexto, a discussão parece ficar mais localizada no plano teórico, já que a noção de Reabilitação Psicossocial foi construída pelos participantes a partir da reunião de outros conceitos tais como autonomia, exercício de cidadania, circulação por outros espaços da cidade, dentre outros.

Destaca-se que apenas P7 buscou dar materialidade e aplicabilidade ao conceito que apresentou enquanto elemento que, segundo a participante, traduz a concepção de Reabilitação Psicossocial – a autonomia do sujeito - o fazendo a partir de um exemplo prático.

A despeito destas constatações, chama atenção a ideia apresentada por P5 sobre auxiliar o sujeito a “criar habilidades funcionais”, ideia esta que, posteriormente, vem reassegurada por P7. Argumenta-se que o discurso em torno da noção de funcionalidade aponta para o risco do resgate de uma ideia de reabilitação numa vertente físico-ortopédica,

mas também evoca princípios e valores cunhados em modelos de reabilitação psiquiátrica, tais como os apresentados por Saraceno (2001a) - Modelos de Social Skills Training, os Modelos Psico Educativos, o Modelo de Spivak e o Modelo de Luc Ciompi – nos quais, segundo o autor, dentre outros aspectos, existia um pressuposto de que a reabilitação implicava em um processo fortemente dependente do sujeito, em que este deveria ser capaz de passar de um estado de desabilidade para o de habilidade, ideia que pode, no contexto do presente estudo, aludir à noção de se tornar funcional.

A análise do discurso da profissional, tomada como parâmetro para a reflexão em torno da ideia de funcionalidade e ao que esta pode refletir na prática, remete à discussão acerca do prejuízo de valor que o termo Reabilitação pode carregar em algumas circunstâncias, mesmo quando este vem adjetivado pelo termo Psicossocial, o qual evoca, em geral, ideias de abrangência, integração de distintas dimensões, inovação e humanização nas práticas “reabilitativas” em saúde mental. Inclusive, como aparece em diversas situações neste estudo, ainda que a terminologia adotada pelo moderador quando na apresentação das questões fosse sempre a locução Reabilitação Psicossocial, os profissionais tendiam a abordá-la apenas pelo termo Reabilitação, fazendo questionar se este “ato inconsciente” de adotar o termo não apresenta potencial de fazer operar no discurso uma lógica físico-ortopédica, como a discutida no presente estudo.

Nessa direção, Venturini et al. (2003, p. 59, grifo dos autores), ao fazerem uma crítica reflexiva em torno das dificuldades e supostas desvantagens na utilização do termo Reabilitação no âmbito da saúde mental, consideram que “A definição terminológica da reabilitação contém portanto um bias conceitual, uma espécie de “pecado original”, que acompanha o pensamento e as práticas reabilitantes”.

Ressalta-se que esta discussão se mostra sempre atual e necessária, uma vez que o legado do que já fora um dia instituído, porém não superado completamente, permanece à espreita do sistema e de suas fragilidades, aguardando a oportunidade para se restabelecer. Tal oportunidade se encontra, muitas vezes, no discurso do profissional desesperançoso; na prática pouco afetiva e vincular e, por isso, pouco efetiva; na descrença e, portanto, no não investimento nas parcerias; no depósito integral sobre o usuário da responsabilidade acerca do seu processo de cuidado, dentre outros.

Outro aspecto que chama atenção é a forma com que a noção de autonomia vem compreendida e problematizada, uma vez que há momentos em que esta parece configurar habilidade/condição que é concedida pelo profissional ao sujeito (relação verticalizada), em

outros vem abordada a partir de uma compreensão de facilitação desta pelo profissional (relação horizontalizada) ou ainda como elemento que possibilita o exercício de vida real, comum e de direito de todo e qualquer cidadão.

Ainda, há um momento em que a autonomia parece vir analisada à luz de uma compreensão moralizante e normativa. Verifica-se no discurso que há, por um lado, uma ideia de autonomia que beira a idealização, que se apresenta quase como algo dado de ser alcançado caso se proceda com a reabilitação. Por outro, a autonomia pautada numa lógica mais moralizante faz questionar sobre os efeitos, na prática do cuidado, dessa imprecisão tanto teórica, quanto prática em torno do conceito.

Argumenta-se que a discussão acerca da autonomia no campo da saúde mental é melindrosa e, a depender da forma como é compreendida e de quais estratégias são adotadas para trabalhá-la com o sujeito, pode-se produzir, dentre outras, uma condição de exclusão.

Esta perspectiva é aprofundada por Saraceno (2001a), que faz uma análise sobre as possíveis armadilhas que, por vezes, vêm ocultadas em discursos que tomam como objetivo primeiro da reabilitação a autonomia do sujeito. Nesse sentido, explora o tema apontando que

Um dos mitos ou, mais frequentemente, mistificação da cultura da reabilitação é a referência à “autonomia” dos sujeitos desabilitados como objetivo primário da reabilitação. O mito da autonomia é o maior responsável pela hiperseleção dos pacientes nos programas de reabilitação e do complementar abandono dos pacientes não selecionados. De fato, e uma vez mais, a psiquiatria é um microcosmo onde se auto-reproduz a cultura dominante: “os mais dotados conseguem, e então se selecionam aqueles que provavelmente são os mais bem dotados a fim de que consigam”; por outro lado, “os menos dotados não conseguem, então é anti-econômico selecioná-los”. A questão de fundo tem a ver com o modelo social que se persegue (o modelo de “mercado” que se persegue): o modelo da autonomia é aquele darwiniano, onde é perseguida a capacidade do singular de participar de forma vitoriosa (autonomia) na batalha da sobrevivência; a reabilitação seria o melhoramento dos atributos danificados (desabilidade), a fim de que o sujeito possa estar a par com os outros (SARACENO, 2001a, p. 113, grifos do autor).

A reflexão em torno dos apontamentos do autor supracitado evidencia o quanto o risco da hiperseleção dos sujeitos em função do modelo social vigente é ainda atual e latente. Uma leitura atenta e cuidadosa de alguns discursos dos participantes do presente estudo permite identificar ressonâncias dessa lógica. Assim, pautar a discussão e reflexão sobre a concepção da autonomia no campo da saúde mental se mostra necessária dada sua implicação direta na prática de cuidado operada pelos profissionais.

Nesse sentido, uma compreensão sobre autonomia que parece plausível e cuidadosa é aquela que se traduz na possibilidade de um sujeito produzir direcionamentos e normas em sua própria vida a partir de cada situação que vivencie. Importa aqui diferenciar autonomia de

autossuficiência e independência, posto que todos os sujeitos, independente de suas condições particulares, são dependentes. No caso das pessoas em sofrimento psíquico a questão é a quantidade, ou seja, dependem muito de poucas pessoas, poucas relações e é justamente esta dependência alta de uma baixa quantidade de relações que compromete sua autonomia. Assim, a autonomia dos sujeitos se amplia na medida em que se amplia a quantidade de relações das quais se depende, já que é isso que confere a cada um a possibilidade de gerar novos direcionamentos e normas para a própria vida (KINOSHITA, 2001).

Em meio às considerações apresentadas, outros participantes fazem contribuições na direção de ampliar o que vinha sendo apresentado, incluindo assim o elemento família e a necessidade de desdobrar ações para fora do CAPS, no território, enriquecendo a construção feita pelo grupo, como se verifica nas falas a seguir:

*“Então, a reabilitação também está em, com o trabalho com a família, de entender e compreender quem é aquela pessoa, o que é aquele adoecimento e aceitar aquela pessoa também da forma com que ela é, tem que diminuir as barreiras que a sociedade oferece para ela, né” (P9)*

*“Então, mas eu acho que quando você fala isso de poder circular pelos espaços da rua, poder estar no território e, por isso que eu acho que a reabilitação é muito ampla assim, a gente não pode pensar só, por exemplo, “ah, as atividades do CAPS, atividades mesmo, dentro do serviço que proporcionam pensar numa perspectiva de reabilitação, sei lá, um grupo de culinária para a pessoa talvez conseguir, minimamente não se queimar quando ligar o fogão para fazer o seu café”, né, é uma coisa. A reabilitação no território, também proporcionar a circulação daquele usuário no território, porque tem paciente que vai ser cuidado no território” (P2)*

Uma participante produz uma reflexão sobre a amplitude do que significa, para ela, a Reabilitação Psicossocial, parecendo fazê-la a partir, e sob estímulo, dos diversos elementos que estão circunscritos à Reabilitação Psicossocial e que foram trazidos pelos demais participantes:

*“[...] é que, às vezes, eu acho até graça assim, do encantamento inicial que eu tive, que as pessoas têm quando começam a trabalhar, é... com saúde mental, principalmente... lá no começo da reforma psiquiátrica né, que era uma visão tão romântica, então eu pensava assim: reabilitação psicossocial é um conceito, é uma coisa de infinitas possibilidades, assim, é muito amplo! Qualquer coisa que a gente faça, por pequeno que seja, a gente está reabilitando e as possibilidades são infinitas! É... e agora eu pensei que é maior que o*

*infinito! É... refletindo sobre essas coisas que estão sendo faladas aqui, por exemplo, quando... tá, a gente já tem tempo praticando aí reabilitação, é... já tem uma... propriedade sobre isso, já tem alguma experiência, acumula aí experiências, troca experiências... mas... em relação ao paciente que não vai ficar bonitinho... que não vai conseguir, é... vestir a roupinha, trabalhar, casar, cuidar da casa... o que que é reabilitação para este? E aí a reabilitação fica maior ainda que o infinito que eu tinha lá romântico no começo porque... não é um trabalho que é diretamente com o usuário, com a família, com o (nome do Serviço de Atenção Primária em Saúde) do território que vai cuidar, que a gente vai compartilhar cuidado, é com a escola e com a sociedade como um todo e aí isso fica maior que o infinito! Né, porque... tem esses, né que a gente não vai conseguir encaixar na sociedade dentro dos conceitos aí... E aí, o que é reabilitação para esses? Precisa mais ainda né. Porque de quem a gente consegue deixar bonitinho, com a roupinha, estudando, trabalhando, casando, cuidando da casa, beleza! sucesso! Mas e esses outros?” (P1)*

Dos discursos supracitados - e mesmo da síntese proposta por P1- importa destacar aspectos que, em comunhão, parecem compor uma imagem operacional de Reabilitação Psicossocial que congrega elementos tais como: a importância do território e de trabalhá-lo para que seja acessível aos sujeitos, bem como possibilite o trânsito e a experiência de pertencimento; as relações sociais, os serviços, as instituições sociais e de saúde e o trabalho com a sociedade para viabilizar a inclusão. Nesse sentido, parece que a defesa desse coletivo é a de que a Reabilitação Psicossocial é a nomenclatura adotada para traduzir o trabalho que buscam fazer com o usuário a partir de ações que envolvem distintas dimensões da vida humana.

Verifica-se na fala de P1, não apenas uma reflexão e “espanto” sobre a imensidão que Reabilitação Psicossocial pode significar, mas também uma espécie de preocupação sobre o que efetivamente é reabilitar quando, na prática cotidiana, há situações em que os profissionais se deparam com sujeitos que não alcançarão uma determinada condição “de reabilitação”, a qual parece vir balizada pelos parâmetros socialmente aceitos e esperados.

Argumenta-se que, embora seja possível compreender a tônica da preocupação apresentada pela participante - assumida para si, inclusive - em relação ao desafio do trabalho para viabilizar a reabilitação, importa destacar que, ao final do discurso, parece haver uma ideia subjacente de que a passagem da condição de “não reabilitado” para a de “reabilitado” depende do sujeito, fazendo surgir, assim, o questionamento pela participante sobre o que significará a reabilitação para aqueles que não forem capazes de fazer essa travessia.

Ainda que não tenha sido essa a intenção da profissional e que uma parte de sua reflexão contemple seu posicionamento sobre a importante e necessária intervenção no contexto social, importa retomar essa discussão - iniciada a partir da temática da

funcionalidade e há pouco realizada dentro desta categoria temática - para ampliá-la, mas também para demarcar que algumas concepções estão em nós enraizadas por força de nossas vivências ao longo da vida, as quais vêm marcadas por um determinado ideal e ideologia de sujeito e de sociedade historicamente construídos. Isso, em relação à loucura e à saúde mental, é ainda mais evidente, como bem mostra a história e a historização do campo.

Assim, é como se nos meandros de nossos discursos inovadores - e alinhados aos atuais pressupostos do campo da saúde mental - o modelo hegemônico insurgisse de maneira perspicaz e quase silenciosa, nos fazendo lembrar - quando quase que por sobressalto o identificamos - que o trabalho delicado, sutil e subjetivo para a transformação das concepções sociais acerca da loucura e do campo da saúde mental precisa ser constante, contínuo e operado também nos discursos profissionais - que, em partes, emergem dos conceitos e concepções teóricas apreendidos - trazendo à consciência tais contradições.

Essa discussão encontra respaldo, mas também pode ser enriquecida, pelos apontamentos de Oliveira (2010, p. 41) quando na reflexão produzida sobre a relação entre as produções teóricas e suas ressonâncias nos discursos. O autor coloca que “Esse é o desafio de produzir teorização. É achar formas de dizer que não sejam capturáveis nos discursos que já estão estabelecidos, e que eu acho que há muito pouco neles que sirva para aquilo que precisamos fazer, para as necessidades que temos” (OLIVEIRA, 2010, p. 41).

Vale aqui destacar que o discurso de P9 opera colocando luz exatamente na necessidade de abordagens no contexto social para transformação e diminuição das barreiras sociais, caminhando, pois, em lógica oposta à discutida em relação ao discurso de P1, contradição entre os discursos que passa despercebida, num primeiro momento, evocando novamente a reflexão sobre a sutileza do instituído que, por vezes, pode habitar os discursos sem, no entanto, ser percebido.

Em complemento a esta consideração, mas também numa espécie de contraponto, uma participante sinaliza a importância de refletir sobre os valores que são colocados a respeito dos sujeitos do cuidado sob a perspectiva da Reabilitação Psicossocial, parecendo, inclusive, fazer um alerta sobre o risco de se reproduzir uma lógica de enquadre deste nos parâmetros sociais:

*“Quando eu penso a reabilitação eu acho que o único cuidado, para a gente da mental - fica muito claro, às vezes, mas para mim sempre ainda pega - a questão de adequar a pessoa à sociedade né. Pelo histórico de trabalho que eu tive [...]” (P9)*



Em composição a esta construção, uma participante contribui com a discussão dimensionando-a pela expectativa do profissional acerca do que se espera na Reabilitação Psicossocial dos sujeitos e o que, muitas vezes, se deseja fazer quando estes a “alcançam”, propondo questionar-se sobre o que vem a ser este reabilitar, acrescentando sua compreensão sobre esta:

*“[...] mas eu acho que tem um pouco disso, da nossa expectativa né, assim, o paciente bonitinho, que a gente vai lá e faz tudo bonitinho, o que falta para ele? Né, tipo, olha que lindo, ele está assim, assim, assim, assim, assim... ele podia ter alta, por exemplo! É, então, eu acho que a gente vai se pegando também nessa coisa da reabilitação, porque também é o objetivo, aí quando a gente consegue, muitas vezes também, é... deixa ele aqui, tá tão bonitinho, tá tão bonzinho, né, assim [...] a gente não sabe se ele quer vestir uma roupa, tipo, vai na festa brega ele veste... entendeu? A gente faz a festa brega, que que é isso entendeu, por exemplo? Usa roupa sobreposta todos os dias né, então, assim, não é isso que determina se ele está ou não reabilitado, acho que é a possibilidade que ele tem de estar e de ser alguma coisa assim” (P2)*

A compreensão de P2 sobre a questão da reabilitação agrega novos elementos ao que vinha sendo pautado pelo grupo, não só enriquecendo esta perspectiva e discussão, mas conferindo-lhe uma visão mais realista, cujo enfoque está na possibilidade de o sujeito se reconhecer e se sentir pertencente a algo à sua maneira, da forma como for possível.

Em complemento ao que foi trazido até aqui, uma participante considera que existe a necessidade de uma mudança no contexto social, de forma que a sociedade seja capaz de ser mais tolerante e, portanto, inclusiva:

*“Mas a gente tem questões assim, eu acho que a gente tem que pensar, não é o indivíduo ficar bonitinho mesmo, mas é a sociedade criar um pouco mais de aproximação e tolerância com essas pessoas, porque isso não existe, né! E... a gente, faltam espaços de saúde comunitária” (P6)*

Quanto aos conceitos e/ou referenciais teóricos que subsidiam a perspectiva de Reabilitação Psicossocial, as participantes, em sua maioria, apontaram a psicanálise, como se verifica nos relatos a seguir:

*“É, eu, eu tive contato com esse conceito, sei lá, a gente pode chamar assim, na prática, porque eu também sou formada há mais de 30 anos, então... eu comecei a trabalhar no (nome do serviço), que foi um hospital que fechou, mas numa fase bem legal, foi uma pena*



*ter fechado, porque era um trabalho bem interessante que o (nome do serviço) estava fazendo e eu fui para... para hospital psiquiátrico com uma questão assim: eu faço toda uma formação em psicanálise tal, eu vi que pela psicose eu estar mais em contato com os pacientes ia ser muito mais interessante para mim e pela questão da psicanálise, essa coisa de fazer o sujeito mais sujeito, da sua vida e tal, isso é pura reabilitação, né! Então eu vi que o que eu estava fazendo lá com os pacientes, aí depois eu fui para o (nome do serviço que trabalha atualmente), é... aí que eu soube que aquilo era reabilitação entendeu? Então... como é que eu vou dizer isso? eu comecei a fazer isso sem saber o nome do que eu estava fazendo, né. Foi bacana [...] eu acho que a psicanálise... é muito... afim com esse termo” (P4)*

*“[...] a minha formação básica também é psicanalítica e... e isso também, justamente, falam muito dessa questão do indivíduo, da importância da construção do eu, do self de cada um, e... a gente pensa muito também na questão das relações né, de interação afetiva entre as pessoas... e na questão de que a reabilitação teria que passar, pelo menos, por uma possibilidade de convivência um pouco mais amorosa e menos destrutiva, isso não quer dizer uma convivência em termos de produtividade, vamos dizer assim, do ponto de vista econômico, mas pelo menos do ponto de vista de capacidade de relação humana porque, o que a gente vê é que, às vezes, os pacientes e as situações familiares, você vê criada uma situação de incapacidade de relação humana, ou de relação humana eminentemente destrutiva o tempo todo” (P6)*

Uma das participantes agrega ao referencial da psicanálise que vinha sendo discutido, a noção de clínica do cuidado e das tecnologias leves, como se verifica no relato a seguir:

*“Eu penso a reabilitação caminhando de mãos dadas assim com a clínica do cuidado mesmo, acho que são coisas que... Eu acho que são coisas que caminham juntas. E aí além da, eu sou psicóloga, então também de um referencial psicanalítico, mas eu penso muito nas tecnologias de cuidado, assim tecnologia leve, o quanto que a gente usa isso da criatividade, do cuidado a partir de situações não tão enquadradas no setting é... E aí como usar dessa aproximação, dessa tecnologia para pensar o projeto singular mesmo de cada usuário e aí, com isso, a reabilitação também” (P5)*

No investimento de apontar conceitos e/ou referenciais teóricos, além da participante supracitada, apenas uma outra mencionou um conceito que não necessariamente se relaciona com a psicanálise, como ocorreu majoritariamente. Isso se deu provavelmente em função de esta profissional não ser psicóloga ou psiquiatra, como se verifica no relato a seguir:

*“Para mim é muito a questão do direito né, então...” (P9)*

Outro aspecto mencionado, nessa dimensão de conceitualização da perspectiva de Reabilitação Psicossocial, foram os autores que os participantes consideram como referências para esta perspectiva:

*“Acho que, vou falar... Ana Pitta teve bastante assim né, que, acho que é uma coisa que... sei lá, pelo menos no começo era, porque é uma coisa de fácil acesso né, é uma linguagem... principalmente no começo assim; é algo que me vem sempre assim. Como psicóloga acho que eu, particularmente, uso mais pensando no Winnicott mesmo, não só dentro de um atendimento, mas como prática é algo que me chama mais assim” (P2)*

*“Mas, é... os meus autores favoritos são Bión e Winnicott [...]” (P6)*

*“Ainda sobre autores né, é... Voltei lá para a época de 80 que a gente ficava caçando buscando... e o (cidade de origem da participante), tinha uma relação muito íntima, muito próxima com uma turma da Argentina e que tem uma pegada forte de grupo assim... Então, Pichon Rivière era um nome muito frequente ali para a gente, como referência importante, Gregorio Kazi, então era Argentina [...] é... ah... era Gastão com o Apoio Matricial, é... essa turma, essas eram as nossas referências” (P1)*

*“Meu contato maior assim, como eu disse, na faculdade quase nulo [...] é que eu fiz aprimoramento, agora é residência, mas quando eu era aprimoranda [...] eu acho que é a hora que você tem mais contato, então eu acho que aí assim, pelo menos para mim, é a hora também que te traz alguns nomes assim, o Gastão, a própria Rosana né, é... o Saraceno, Lancet talvez... Daí vai te dando mais, a turma de Santos, Delueze, que são algumas leituras mais direcionadas mesmo para isso né e aí eu acho que depois depende de cada um, assim, para...” (P2)*

Da discussão trazida pelas participantes acerca de autores que são referências para a Reabilitação Psicossocial, verifica-se que, em sua maioria, as profissionais resgataram autores com os quais elas dialogam e que parecem referenciar aspectos que dizem respeito ao núcleo profissional, mas que não necessariamente são autores que teorizam ou tratam da Reabilitação Psicossocial propriamente. Esta condição faz pensar que - preservados os princípios éticos, políticos e as diretrizes que têm orientado e sustentado o campo da saúde mental atualmente - considerar tais autores como referência – bem como seus parâmetros teórico-técnicos - para proceder com a Reabilitação Psicossocial pode representar a diversidade que esta assume no contexto da prática e seu potencial para viabilizar um cuidado que contemple as singularidades e particularidades dos sujeitos acolhidos.

No que se refere à Atenção Psicossocial, uma das dimensões abordadas pelos participantes foi sobre quando ouviram, ou tiveram contato pela primeira vez com esta perspectiva. Verifica-se, em sua maioria, que a Atenção Psicossocial vem diretamente associada ao CAPS, às vezes, até como sinônimo deste. Esta condição vem ilustrada pelas falas a seguir:

*“Então, eu ouvi falar quando eu estive no (nome do serviço), que aí houve uma intervenção da prefeitura, foi um negócio assim, bem violento em 2001, começo de 2001 e que aí então iam dizer, “não, vai fechar, porque vão ter CAPS” aí que eu fui ouvir o que era CAPS entendeu? E é uma coisa que eu até me culpo porque é uma coisa super falada, reforma psiquiátrica nos nossos anos 90 não tinha escuta nenhuma para isso... e foi assim que eu ouvi, quando foi falado, a... quando eu soube o que era CAPS e que isso que ia ser tomado em (nome do município) né... vários pontos do território, foi aí...” (P4)*

*“Meu primeiro contato acho que foi bem relacionado com o próprio... CAPS mesmo né, então acho que, foi um pouco...” (P5)*

*“Eu conheci na teoria da faculdade (fazendo referência ao serviço CAPS), mas na minha cidade não tinha, então eu não conheci no estágio, nada e... aí eu fui conhecer aqui [...] Eu me formei há 10 anos, trabalho há 10 anos, mas não existia na minha cidade, eu sou do Sul de Minas Gerais, então lá não tinha, hoje tem, mas na época não tinha. Falava na teoria dos CAPS, na teoria sim, eu ouvia falar, mas não conheci” (P8)*

*“Muito depois, muito depois! Mas na faculdade nada, nada, nada, assim” (P1)*

Importa destacar que no segundo encontro de Grupo Focal uma nova questão concernente ao tema e oriunda do Roteiro 2 foi colocada – a qual solicitava que os participantes esclarecessem e aprofundassem a discussão em torno da relação entre a Atenção Psicossocial e o CAPS emergida do primeiro encontro de Grupo Focal – com vistas a fomentar no grupo um adensamento das reflexões e realizar alguns esclarecimentos. Da referida discussão, ressalta-se que o conteúdo trazido sobre o tema no primeiro encontro se repetiu neste segundo, mas sem avançar em novas elaborações, porém, neste a impressão de que a Atenção Psicossocial se apresenta intimamente relacionada ao CAPS se intensificou, especialmente porque algumas participantes justificaram tal relação pelo nome do dispositivo CAPS, como se verifica nos relatos a seguir:

*“Eu penso até pelo nome né? Centro de Atenção Psicossocial” (P1)*

*“Está no nome né? Também pensei nisso” (P4)*

*“Confesso que o meu primeiro contato (com a palavra/ideia Atenção Psicossocial), e era primeiro contato para muitos dos meus colegas também em um CAPS, a gente nem falar direito falava, falava “centro de atendimento psicossocial” porque vinha com a cultura do atendimento, do atendimento em consultório, de cada núcleo profissional e tal, então foi a partir de... de CAPS” (P1)*

Nesse contexto é P1 quem busca justificar essa associação/relação direta entre Atenção Psicossocial e CAPS como apontado por alguns participantes. Nas palavras da participante:

*“É, eu acho que o termo atenção psicossocial, por conta dessa história, nasceu muito restrito aos CAPS mesmo, muito, é... para dentro dos CAPS e os CAPS quase que... se tornando tão total quanto um hospital psiquiátrico assim sabe? fazendo tudo, assumindo tudo, e aí depois que foram sendo criados os outros equipamentos, as residências, os serviços residenciais terapêuticos, os centros de convivência, o entendimento do trabalho em rede, porque tinha isso também né... do tempo que a gente falava assim “vamos apresentar o que é CAPS no (serviço de atenção primária em saúde)?” “Vamos lá dizer o que é!”[...] E o CAPS tinha muita função de ser... Estou lembrando lá daquele primeiro livrinho vermelho de CAPS, o articulador da rede né, então o CAPS no centro...” (P1)*

As considerações supracitadas levam a supor que as participantes compreendem Atenção Psicossocial e Centro de Atenção Psicossocial como uma espécie de derivação semântica uma da outra, justificada, inclusive, a partir da coexistência de terminologias comuns em ambas. Ainda, para aquelas profissionais que vivenciaram os prenúncios da transição de um modelo asilar para o psicossocial, como no caso de P4, a concretude de tal transição parece residir justamente na passagem do hospital psiquiátrico para o CAPS, parecendo ficar ainda mais facilmente justificado, ainda que os hospitais permaneçam até os dias atuais em uma relação de coexistência com os CAPS.

Argumenta-se que, se por um lado facilmente se faz uma associação direta entre Atenção Psicossocial e Centro de Atenção Psicossocial, até por uma questão intuitiva, dado que a palavra “centro” é o único elemento que diferencia os enunciados, por outro, P1 apresenta aspectos da história de transformação da assistência em saúde mental que, em partes, justificam essa compreensão pelas profissionais de Atenção Psicossocial e Centro de Atenção Psicossocial como sinônimos, ao menos num primeiro momento, já que, de fato, os

CAPS foram os primeiros serviços substitutivos física, política e ideologicamente ao hospital psiquiátrico e ao aparato da psiquiatria no Brasil.

Nesse sentido, Yasui (2010, p. 115) defende que

[...] o Centro de Atenção Psicossocial (Caps), o principal instrumento de implantação da política nacional de saúde mental, deve ser entendido como uma estratégia de transformação da assistência que se concretiza na organização de uma ampla rede de cuidados em saúde mental. Nesse sentido, não se limita ou se esgota na implantação de um serviço. O Caps é meio, é caminho, não fim. É a possibilidade da tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores.

Embora as participantes, em sua maioria, apontem a Atenção Psicossocial de maneira muito relacionada ao serviço CAPS, quando convidadas a refletir sobre o sentido/significado desta perspectiva propriamente parecem ampliar a reflexão e extrapola-la para além daquilo que fica circunscrito a este serviço enquanto teoria e prática:

*“Eu acho que a atenção para mim vem muito essa questão... no nosso cotidiano do cuidado, mas é um cuidar extremamente intenso e, essa intensidade engloba tudo assim, desde o próprio sujeito até mesmo o seu entorno, o seu social, sua família... Eu brinco né, o apagar fogo, mas é isso, é você cuidar porque não adianta nada você cuidar do indivíduo e não conseguir cuidar da família. Então, às vezes, a família chega primeiro e aí você tem que separar e ser atencioso, no sentido da palavra mesmo...” (P10)*

*“É, eu estava pensando uma coisa próxima disso, mas já fazendo uma, é porque, é isso né, da prática, do dia a dia, do contato direto com o usuário, com as famílias, mas é também com... todos os equipamentos que participam da atenção né. E aí é tudo, é a maternidade, é o SAMU é o... o PS, é... (nome do Serviço de Atenção Primária em Saúde), Centro de Convivência, então eu penso tanto no direto, no cuidado direto, na coisa que a gente faz no dia a dia lá perto, no chão do CAPS é... mas também circulando por todos esses espaços que é de atenção para qualquer cidadão, para todo cidadão! Né? Cidadão de direito!” (P1)*

*“Eu vejo isso também, um cuidado do dia a dia para dentro e para fora do serviço, com tudo o que a gente precisa que a gente tem recorrido que a gente pode utilizar... tanto da família quanto dos outros dispositivos que... que a gente precisa” (P8)*

*“Para mim é a prática. Eu vejo a atenção isso tudo que ela falou, é o social, estou imaginando quando eu faço um acolhimento, uma triagem de um paciente a gente passa por*

*tudo você faz medicação, o cuidado medicamentoso, o cuidado com o social, aí você vai ver como está essa família, como é a rede dele e... já também pensando, prevendo como é que vai ser, qual é o cuidado posterior depois daquela crise, vamos dizer, o cuidado, mas como vai ser daqui a um tempo. Acho que tudo né, é a prática! que eu penso quando eu recebo esse paciente” (P3)*

Os relatos revelam que Atenção Psicossocial é concebida por um olhar que contempla um rol de dimensões da vida pessoal do sujeito, seu contexto, suas relações, bem como tudo isso articulado aos dispositivos que se prestam ao cuidado destes sujeitos. Em última instância, como apontado por algumas participantes, é a prática do dia a dia, a qual engloba “tudo” quando o sujeito chega ao serviço para ser atendido.

Parece que a sugestão do exercício em definir o sentido/significado do conceito de Atenção Psicossocial possibilitou às participantes uma espécie de visão panorâmica sobre o que se produz em termos de cuidado no CAPS, porém, a partir de suas práticas profissionais. Ou seja, ainda que em um primeiro momento refletir sobre o conceito de Atenção Psicossocial tenha remetido diretamente ao serviço CAPS – uma vez que este parece simbolizar para as participantes o reduto dos conceitos, saberes e práticas – a solicitação de um aprofundamento nesse exercício, parece ter retirado as profissionais de dentro deste “reduto” – do CAPS – para que pudessem pensar no que elas, na qualidade de agentes do cuidado, efetivamente produzem e que qualifica, produz vida e dinamiza o funcionamento do serviço.

De fato, nomear conceitos, saberes e práticas no âmbito da saúde mental parece algo que, de certa forma, ainda deixa os profissionais receosos e isso talvez se deva à complexidade do campo como um todo, bem como à sua permanente transformação, que vem impulsionada pelas demandas dos usuários e pelas condições sociais, políticas e culturais que demarcam cada momento da história. Diante desta hipótese, concorda-se com Yasui (2016a, p. 53, grifo nosso), quando considera que a Atenção Psicossocial apresenta potencial para intitular esse campo que é de produção de saberes e práticas. “Assim, temos como exercício falar do campo da Atenção Psicossocial como campo de experimentações e invenções, de encontros e desencontros, de reflexão, e como usina de conceitos para dar conta desses mundos que vamos inventando”.

Nessa direção de se apresentar a Atenção Psicossocial como algo bastante amplo, P1 sugere inclusive que isso se relaciona diretamente com os direitos de todo cidadão, ou seja, ser assistido desta maneira em suas necessidades é direito de todo e qualquer cidadão. Ainda, é P8 quem sinaliza que cuidar sob a perspectiva da Atenção Psicossocial é um fazer que

ocorre dentro e fora do CAPS. Na leitura de P3, tudo isso está diretamente implicado com o aspecto social da vida destas pessoas.

Verifica-se nas falas um investimento coletivo para tecer a Atenção Psicossocial em sua máxima amplitude; verificou-se nessa direção um movimento de complementariedade entre os participantes revelando uma espécie de consenso sobre esta perspectiva, especialmente no que diz respeito a ser concebida como algo prático, ou seja, que se dá e é operacionalizada no dia a dia de trabalho.

A construção em torno de uma concepção de Atenção Psicossocial parece ter ganhado contorno a partir da reunião de elementos “soltos” trazidos pelas participantes os quais, aparentemente, foram sendo considerados por meio do exercício compartilhado de reflexão, e também do que a palavra atenção remetia em termos de sentido para as participantes naquele momento.

Assim, parece que é no âmbito de certa imprecisão e do pouco delineamento promovido pela justaposição das palavras, que as participantes foram lapidando uma concepção de Atenção Psicossocial, conferindo a esta uma espécie de corpo, moldado a partir de fragmentos da prática que, ao menos naquele momento, pareceu traduzir os sentidos oriundos da vivência cotidiana do cuidar que vem designado como Atenção Psicossocial.

Essa construção, que em certa medida pode parecer fluida e não muito consistente, apresenta potencial para ser (re)vista de distintas formas e de maneira periódica, mas também transmutada, se for lida a partir da compreensão de que

A Atenção Psicossocial é um ensaio conceitual que encarna diferentes planos: práticas diversas construídas em diálogo entre distintos núcleos de saberes, ferramentas teórico-conceituais ancoradas na desconstrução e desnaturalização dos fundamentos do modo hegemônico médico, na formulação de políticas e apostas em modos diversos de fazer andar a vida (YASUI, 2016a, p. 51).

De forma complementar ao que vinha sendo construído pelo grupo, uma participante relaciona a Atenção Psicossocial a uma espécie de olhar diagnóstico, olhar este que direciona para uma análise contextual, ampla e avaliativa, que contempla toda a condição do sujeito para inclusive poder projetar, num momento seguinte, quais ações serão realizadas para a continuidade do cuidado, podendo ser estas ações de reabilitação, como se verifica no relato a seguir:

*“Mas é que, só voltando um pouquinho né, tinha falado da atenção psicossocial, eu acho que para mim veio muito essa coisa da prática, mas quando eu penso na palavra*



*atenção para mim me remete a uma coisa de um olhar, assim... E aí eu penso... na atenção psicossocial também como uma espécie de diagnóstico assim, de você poder olhar a situação, do sujeito que está chegando, do que está acontecendo, poder ter esse olhar né... ele na sociedade, ele na família, ele no território, como que é essa situação, mas nessa coisa... não sei se diagnóstica, ou a palavra mais adequada, mas nesse sentido de poder levantar informações também, acho que isso também é poder se atentar... aí a partir daí ver que demanda ele tem que eu acho que aí a gente ajuda assim, eu acho que a gente começa a construir junto. Eu acho que a partir daí pensar na reabilitação” (P9)*

Outra participante demonstra concordar com a colocação apresentada por P9 e busca exemplificar, além de ampliar a discussão, e sustentar uma espécie de ordenamento, onde se inicia com a Atenção para, posteriormente, poder avaliar que estratégias de reabilitação serão adotadas, se estratégias de reabilitação ou outras. Verifica-se também a busca por encontrar um sentido e sustentar a diferenciação entre Atenção e Reabilitação Psicossocial:

*“É, pensando um pouco no que a (faz referência a P9) está trazendo, eu estou pensando no nome né, do CAPS - Centro de Atenção Psicossocial, e aí talvez seja mais pensando nessa linha mesmo. Quando você tem a atenção a algo você... que é contraditório com o que a gente está fazendo, inclusive, é você parar e prestar atenção! Estou falando da palavra mesmo, não é? Tipo para, olha, para você inclusive poder fazer uma análise daquela situação e, inclusive, ver o que é que você vai usar com aquele indivíduo. Você vai usar mecanismos de reabilitação psicossocial? Aquela pessoa precisa de reabilitação? Aquela pessoa está só num, está num sofrimento e ela pode ser funcional, mas ela pode estar num sofrimento intenso e precisar de um CAPS e o CAPS também não diz só de, todo mundo tem que ser reabilitado o tempo todo, então ele não é frenético. Então assim, talvez seja... esse momento, desse olhar... de pensar um pouco nesse sentido assim, que você para e você dá, você tem uma atenção diferenciada para aquele indivíduo, que vai ser diferente para outro e aí aquele sofrimento ele pode ser causado pela falta da habilidade, vamos dizer entre aspas, social, mas ele pode ser sofrimento interno, psíquico, enfim né. O CAPS não tem só pessoas que não sabem lavar, cozinhar, “nã nã nã” né, se não teria muito mais TO's do que né, não necessariamente teria que ser assim. Talvez seja um pouco nessa... sutileza assim, daí poder pensar num projeto terapêutico e aí poder usar da reabilitação psicossocial para os casos que são, devem ser olhados com essa delicadeza [...]” (P2)*

Argumenta-se que Reabilitação Psicossocial e Atenção Psicossocial, como definidas pelas participantes, guardam semelhanças, correspondências e, por vezes, transmitem a ideia de que Atenção Psicossocial abarca a Reabilitação Psicossocial, quando sugerem que a primeira representa “toda a prática, que inclui tudo”, inclusive sendo conferida a esta a qualidade de também produtora de cuidados. Verifica-se, ainda, que os elementos trazidos pelas participantes que conferem distinção entre ambas – mas que ao mesmo tempo as



aproxima numa relação de complementaridade – é que enquanto Atenção Psicossocial vem definida como uma perspectiva mais ampla, que contempla um “todo” da prática e por isso com característica não só de planejamento do cuidado que será ofertado, mas ela própria provedora deste em alguma medida, a Reabilitação Psicossocial é trazida como algo projetado e executado também como ações de cuidado, mas com um fim mais específico, de alcançar inclusão social, autonomia, por exemplo.

Antecipa-se que esta forma de estabelecer a relação entre as perspectivas foi investida e assumida como tal pelo grupo no segundo encontro de Grupo Focal, vindo assumida de maneira mais explícita, revelando que aquilo que se mostrou como uma reflexão embrionária no primeiro encontro do Grupo foi nutrida e sustentada pelo coletivo como uma construção legítima deste.

Assim, como já sinalizado anteriormente, construção semelhante foi realizada pelas participantes no segundo encontro de Grupo Focal, quando a temática da Atenção Psicossocial foi retomada por meio de uma nova questão oriunda do Roteiro 2, a qual solicitava um esclarecimento e aprofundamento acerca da definição e prática desta.

Na direção do que foi dito por P2 supracitada no primeiro encontro do Grupo Focal, P3, no segundo encontro, faz associação semelhante, parecendo buscar uma ordenação na relação entre a Atenção Psicossocial e a Reabilitação Psicossocial, porém agora a partir de um exemplo prático, como se verifica no relato a seguir:

*“Hoje, vou por, a gente trabalhando na prática, tipo, pensando no paciente que eu tenho hoje lá, a gente deu toda atenção psicossocial necessária, pensou em todo o cuidado para aquela pessoa, a pessoa deu uma estabilizada, acho que foi por aquela atenção que você deu; aí você vai agora fazer o projeto terapêutico pensando na reabilitação, na casa, junto com a família, junto ao (nome do Serviço de Atenção Primária em Saúde), eu penso assim também, eu já penso, por exemplo, na alta, nessa reabilitação da pessoa...” (P3)*

Importa destacar, do relato de P3, que mais do que uma tentativa de ordenação entre Atenção Psicossocial e Reabilitação Psicossocial no contexto de atuação no dia a dia, a participante parece definir Atenção Psicossocial como se fosse um determinado tipo de intervenção e a Reabilitação Psicossocial, conseqüentemente, como outro que acabam sendo ordenados na prática para prover o cuidado. Ressalta-se que relação semelhante entre as perspectivas também foi estabelecida por algumas participantes e podem ser identificadas em excertos ilustrativos ao longo das categorias temáticas.

Sobre este aspecto é possível supor que diante da proposta de discutir de maneira reflexiva questões conceituais - ainda que absolutamente implicadas com a prática diária - as participantes possam ter ficado receosas ou mesmo inseguras com a possibilidade de se reconhecerem “não convictas” de determinadas compreensões/concepções, o que pode ter influenciado na estratégia utilizada, ou seja, de concretizar os conceitos, de dar-lhes materialidade (e muitas vezes dureza!) encaixando-os em “modelos pessoais” de fazer.

Verifica-se no relato de P3 que há uma tendência em considerar a Reabilitação Psicossocial como um segundo momento do cuidado associando-a, inclusive, à ideia de um preparo para a alta. A ideia da Reabilitação Psicossocial como um segundo momento já havia despontado no primeiro encontro do Grupo Focal de maneira subentendida, nas entrelinhas - como já referido - entretanto, é no segundo encontro, e sob estímulo do discurso de P3, que esse posicionamento é assumido de maneira explícita, como ilustram os relatos a seguir:

*“(A Reabilitação Psicossocial) É um segundo passo...” (P4)*

*“É! a reabilitação como um segundo momento sabe? Hoje, trabalhando assim hoje no CAPS com essa realidade toda né, penso assim [...]” (P3)*

Importa destacar dos relatos de P3 e de P4 que a compreensão de Reabilitação Psicossocial apresentada vem identificada com uma ideia de reabilitação como “fase terciária” do cuidado - como concebida no âmbito da medicina - implicando na necessidade de reabilitar os sujeitos a partir de aspectos remanescentes saudáveis (GOLDBERG, 2001). No entanto, se o que se tem buscado é romper com concepções e práticas alinhadas à racionalidade médica (que sustentam o paradigma psiquiátrico) para ser possível operar em consonância com o paradigma psicossocial, então “... a reabilitação não pode ser considerada como uma técnica estanque, desenvolvida pós-tratamentos. Ela se desenvolve no nosso cotidiano, desde os hábitos mais simples de cuidado pessoal a questões do trabalho, fazendo-se necessária, portanto, a construção de um novo olhar para ela” (AMIM; SILVA FILHO<sup>16</sup>, 1995 apud GOLDBERG, 2001, p. 46).

Numa outra dimensão uma participante relaciona a Atenção Psicossocial também como possibilidade de se converter em uma espécie de estratégia preventiva à crise. Vale

---

<sup>16</sup> AMIM, V.; SILVA FILHO, J. F. Reabilitação: da ergonomia à clínica. **Cadernos do IPUB**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 93 - 104, 1995.

ressaltar que o tema da crise apareceu em diversos momentos da discussão, mas será analisado em cada categoria de acordo com a tônica que recebeu.

*“Que é preventivo o que a gente pode fazer para evitar uma nova crise né, eu penso muito nisso, o preventivo também, o cuidado para evitar futuramente, de novo, uma crise tão intensa” (P3)*

Em relação à associação da Atenção Psicossocial com o momento de crise, uma das participantes faz um alerta, uma espécie de ressalva sobre as compreensões que o grupo está tendo, bem como as associações feitas, ou seja, se estão tratando da atenção à crise ou da Atenção Psicossocial, sustentando que são questões distintas e com desdobramentos diferentes. Na sequência, parece buscar encontrar um lugar, uma definição para Atenção Psicossocial e Reabilitação Psicossocial, defendendo que a Reabilitação Psicossocial pode ser uma espécie de instrumento, um dos recursos para fazer a Atenção Psicossocial. Essa condição se apresenta na fala a seguir:

*“Pensei agora que... a reabilitação seria um dos instrumentos para conseguir fazer muita coisa, sei lá, a atenção tão gigante que eu estou pensando aqui assim, acho que a gente está pensando a atenção, na atenção à crise, né? Assim, toda vez que a gente está falando de atenção a gente está falando crise, não está falando atenção psicossocial, então... Acho que isso faz uma, talvez a reabilitação seja um instrumento para isso, para fazer essa atenção... um dos... recursos” (P2)*

Após a colocação de P2, uma participante questiona se o que ela quis dizer foi que a Atenção seria o instrumento para fazer a Reabilitação e quando P2 afirma ser o contrário, a participante discorda, apresentando o contraponto como se verifica na sequência:

*“Não, eu acho que a atenção é em relação às necessidades mesmo, né, tanto social, como...” (P3)*

Uma participante acrescenta sua percepção quanto à palavra Atenção, sugerindo que esta remete à tensão, justificando que tem dúvidas sobre o que e o quanto conseguem fazer pelo usuário no dia a dia de trabalho:

*“Para mim quando fala atenção psicossocial eu fiquei muito com a palavra tensão se tipo a gente consegue, de fato, estar com aquele paciente, ouvir quais são as demandas reais dele, né [...]” (P9)*

Quando questionadas sobre autores de referência para a Atenção Psicossocial ou conceitos/teorias relacionadas a esta, as participantes parecem ter tido mais dificuldade para associar ou estabelecer esta relação se comparado à Reabilitação Psicossocial. Existiram alguns momentos de silêncio, o moderador precisou estimular o grupo que respondia à iniciativa de algumas participantes em se colocar, havendo momentos de sobreposição de falas. Uma das participantes investe nesse movimento, como se verifica a seguir:

*“E aí eu vou pela minha experiência mais recente... tipo, a especialização em apoio matricial, é... se aproxima aí né de estar nos outros espaços de atenção à saúde... fazendo o matriciamento da saúde mental para essas equipes, enfim... da experiência mais recente, mais próxima”* (P1)

Outra participante se coloca no sentido de defender que há uma mistura, sendo difícil estabelecer esta distinção, especialmente porque essa compreensão vem diretamente relacionada à prática desenvolvida:

*“Para mim está misturado, porque quando veio falar de atenção psicossocial para mim eu já ia falar, assim pensando inclusive em alguns autores que são mais ou menos os mesmos entendeu? Acho que isso já... Aí você vê, por exemplo, Ana Pitta, fala de reabilitação, tipo, ela já usa esse termo, assim, agora outros a gente usa dos autores, das teorias para montar o nosso cotidiano mesmo!!!”* (P2)

Uma das participantes assume não saber dizer exatamente a quais conceitos ou autores a Atenção Psicossocial está relacionada e, numa espécie de síntese, busca explicar essa condição da maneira como a compreende:

*“É, eu não saberia dizer, quais autores, ou quais conceitos, se entra nisso, eu acredito que tenham vários que devem ter surgido quando começou a se pensar em reformas. E aí eu acho que se fez o conceito né. Então, e começou, eu acho que a criar essa ideia, toda essa tendência, a atenção psicossocial. Que até eu estava me perguntando um pouquinho do que ela estava falando antes da palavra, antes da palavra eu fiquei pensando, é... essa palavra atenção psicossocial como eu entendo ou social como social mesmo né, de sociedade, de necessidades dentro da sociedade, porque eu trabalhei tanto tempo em rede privada, então a gente não ouvia esse conceito, não tem esse conceito, você só pensa no psico, na doença mental, ali na terapia, no medicamento né porque não tem, parece que a necessidade social daquela pessoa, né. Então a gente conversa mesmo, a palavra ela é sustentada mais quando você vai falar em... em saúde pública né?”* (P3)

A despeito das variações de concepções apresentadas pelas participantes acerca da Reabilitação Psicossocial e Atenção Psicossocial, foi possível apreender que Reabilitação Psicossocial vem concebida como ações de cuidado com objetivos “específicos” como, por exemplo, viabilizar a autonomia dos sujeitos, auxiliá-los no contato com elementos que lhe possibilitem exercer a cidadania. Já Atenção Psicossocial vem concebida como algo bastante amplo e que engloba o todo do cuidado, ou seja, tudo o que envolve desde o acolhimento do sujeito ao serviço até os encaminhamentos e estratégias de cuidado específicas que vão sendo projetadas. Nesse contexto, verificou-se uma construção que se deu principalmente de maneira intuitiva e muito possibilitada pela tessitura grupal, revelando lacunas possivelmente localizadas no âmbito do processo formativo primário, mas também nos processos formativos permanentes, cuja função, dentre outras, deve ser a de viabilizar o acesso dos profissionais às produções mais recentes no campo, qualificando tanto compreensões conceituais, mas principalmente as práticas desenvolvidas.

## 7.8 DO CONCEITO À PRÁTICA: ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL NO COTIDIANO DO CUIDADO

No que diz respeito à prática da Reabilitação Psicossocial propriamente, no primeiro encontro do Grupo Focal as participantes foram construindo este cenário a partir de experiências e vivências do cotidiano, buscando elucidar aspectos com os quais lidam no dia a dia e identificam que isso se configura como proceder com a Reabilitação Psicossocial.

Uma das participantes buscou evidenciar que, na sua compreensão, embora a Reabilitação Psicossocial funcione, mesmo que para uma minoria, existe um perfil populacional para quem ela se destina, destacando e justificando sua opinião a este respeito:

*“Funciona a reabilitação, lógico que funciona, deve funcionar, mas eu acho que é uma minoria e para alguns pacientes um pouco mais é... prejudicados assim, a gente consegue fazer isso né, os pacientes que são mais comprometidos mesmo. Eu acho que a gente consegue fazer isso, alguém consegue dar uma, fazer essa reabilitação com pacientes assim. Os pacientes que estão vindo mais jovens para a gente também, então assim, têm perdas já, mas aí é uma coisa que você não precisa estar “nossa, preciso reabilitar”, são pacientes super sacados, super inteligentes, aí você acompanha esse paciente, você não reabilita, você não fica o tempo todo dando... [...] e aí a reabilitação para mim fica naquela*

*coisa dos pacientes um pouco mais, bem mais comprometidos, assim. Mas a gente junta tudo isso no dia a dia e a gente vai indo! Acho que vai...” (P7)*

Verifica-se no discurso de P7 uma compreensão de prática da Reabilitação Psicossocial que parece caminhar na contramão do que havia sido produzido pelo grupo até então, inclusive por ela própria em discussões anteriores. Este posicionamento, especialmente quando a participante refere que a reabilitação funciona, mas para uma minoria, faz questionar de qual perspectiva de reabilitação a profissional está partindo, a quem a sua prática se destina e com qual objetivo. Em última instância, faz questionar qual ideologia está orientando o discurso da prática, resgatando uma discussão já realizada em categoria anterior sobre a concepção de Reabilitação Psicossocial assumida por alguns participantes e suas correspondências com a lógica asilar ou psicossocial.

Ainda, todos estes questionamentos remetem a outros que dizem respeito à compreensão acerca das características e à missão dos CAPS, do perfil populacional atendido por este serviço e, principalmente, da concepção de cuidado assumida nesse contexto.

Essa condição pode ser melhor analisada se amparada pelos apontamentos de Venturini et al. (2003, p. 58, grifo dos autores) os quais afirmam que existe uma crítica importante em relação à ideologia que alicerça a noção de reabilitação, a qual “[...] se funda nas reflexões que nascem das interrogações que deveriam orientar sempre o nosso agir cotidiano e permitir-nos individualizar os pontos cardeais do nosso ser no mundo: *Quem? O quê? Como? Quando? Onde?*”

A afirmação de que a reabilitação operada no CAPS se destina a uma minoria, a qual vem qualificada no discurso da profissional como “os mais prejudicados, os bem mais comprometidos” reporta a uma ideia de resgate de condições anteriores do sujeito, de voltar a ser ou, ao menos, voltar o mais próximo do que já foi um dia. Além disso, parece dizer de uma categoria de usuários cuja identidade social se mostra bem definida e que vem comumente designados como os “pacientes crônicos”.

Esta discussão já foi aventada neste estudo diversas vezes ao longo de algumas categorias temáticas, sendo abordada a partir das dimensões que a compõem (e não em sua centralidade em essência), talvez evidenciando que a lógica manicomial, de fato, ressoa constantemente nas sutilezas dos discursos e das práticas, como também já sugerido em discussão anterior, ficando mais explícita nesse momento na fala de P7.

Outro aspecto que emergiu da discussão acerca da prática da Reabilitação Psicossocial diz respeito às ações realizadas pelos profissionais que podem viabilizá-la. Nesse sentido,

uma das participantes ilustra o papel do profissional neste trabalho com os usuários, ponderando sobre as barreiras a serem enfrentadas, mas ressaltando a função do profissional:

*“[...] mas acho que a gente tem sim um papel na reabilitação de proporcionar que aquela pessoa é... ganhe... uma melhora no que é possível, então a gente recebe os pacientes lá que estão adoecidos, sem cuidado, sem remédio e aí perderam tudo, perderam a sua cidadania, perderam os seus laços familiares, perderam tudo, então eu acho que é oferecer aí, atenção ao cuidado àquela pessoa, o que a gente pode ofertar de melhora de qualidade de vida para que ela possa, então retomar as suas ações. Então assim, reaproximação da família, dos filhos, de trabalho, mas também a gente trabalha com aqueles pacientes que não vão conseguir muitas coisas, não vão conseguir, é... corresponder a uma sociedade que exige, então você chegar 8 horas da manhã, arrumadinho, ou então o linguajar... [...] Penso muito nessa questão da barreira mesmo né, o que que é quando existe uma deficiência, tem coisas que... a pessoa não vai melhorar e ela vai ouvir vozes e ela não vai conseguir se vestir da forma com que a gente gostaria... mas o que ela pode acessar dentro dessa situação de vida que ela está assim” (P9)*

O discurso de P9 acerca da prática da Reabilitação Psicossocial se mostra ponderado e flexível ao equacionar os elementos que a compõem - a parcela do profissional, a do contexto social, a das relações, a do usuário e a da realidade - trabalhando com aquilo que é de responsabilidade do profissional, mas também com o que é possível para cada sujeito, cujo resultado final deve ser a possibilidade de acesso aos espaços, aos bens materiais e afetivos. Tal resultado final se encontra sob influência das barreiras sociais, como apontadas pela participante, as quais colocam aos profissionais, como exigência ética e política, a necessidade de um fazer Reabilitação Psicossocial que se traduza em um trabalho amplo, integrado e de atuação direta do profissional para a transformação social.

Assim, de acordo com Pereira (2007), o envolvimento ativo e efetivo do profissional nesse processo mostra-se fundamental, já que dentre outros, revela-se um facilitador na construção e retomada de caminhos próprios pelo sujeito em sofrimento psíquico. Ressalta-se que tal caminho não é definido a priori, justamente porque ele deve ser construído e percorrido pelo sujeito da forma como ele quiser e lhe for possível, ficando o profissional como referência nessa caminhada subjetiva, mas também como uma espécie de propulsor desta trajetória.

Ainda sobre a atuação profissional na Reabilitação Psicossocial, duas participantes exploraram a proximidade que esta perspectiva tem com o núcleo profissional, buscando elucidar e justificar tal identificação. Ouve-se durante a fala destas, alguns balbucios de outros participantes no sentido de concordarem com as colocações:



*“Eu acho que a gente foi falando, é eu acho que as enfermeiras, a palavra reabilitação ela é muito... porque você envolve muito o serviço social, você já faz o contato junto com a família, mesmo no hospital, você está o tempo todo pensando na reabilitação familiar, da pessoa voltar para a casa, na doença né, mas também preocupado com essa coisa, desse cuidado psíquico da pessoa, porque a gente vê a doença, mas a gente vê também essa parte, a enfermeira faz muito isso, a gente é meio que treinado para isso” (P3)*

*“Então, essa questão da reabilitação acho que está bem encruada na enfermagem, no enfermeiro de uma maneira geral. Porque a gente está pensando no depois, então tem um curativo, tá, vai embora com esse curativo, mas como é que você vai fazer, quem vai fazer, vai ter, a gente faz o contato com o (nome do Serviço de Atenção Primária em Saúde), vai, às vezes, na casa, através de visita domiciliar, vê o que que é possível o que não é. Então o reabilitar ele entra de uma forma mais física na enfermagem, quando não se tem um contato com o psíquico e depois ele se torna assim mais, mais...” (P10)*

Os relatos supracitados aparentam uma tentativa de elucidar a conformação e coerência do núcleo profissional ao aparato da Reabilitação Psicossocial, no entanto, o que se verifica é que nesta tentativa o resultado foi uma leitura bastante prescritiva, procedimental e medico-centrada da Reabilitação Psicossocial. Estes relatos, e o que eles revelam, podem ser considerados exemplos da discussão já feita acerca da manutenção do instituído nos discursos e possivelmente nas práticas.

Outro aspecto trazido por algumas participantes acerca da possibilidade de se fazer Reabilitação Psicossocial vem relacionado a estratégias e dispositivos como as Residências Terapêuticas e os Centros de Convivência, como se verifica nos relatos seguintes:

*“Hoje eu sinto fazendo reabilitação, muito mais uma possibilidade que a gente teve de agregar aos serviços residenciais terapêuticos, eu me sinto fazendo isso bastante lá, do que no CAPS mesmo essa correria do dia a dia, tem acolhimento, dar atenção, você faz alguns projetos, mas... não vai muito para frente, às vezes, né, e... Agora eu acho que no serviço residencial terapêutico a gente sente que está conseguindo fazer alguma coisa assim melhor, mas eu... é isso...” (P3)*

Verifica-se no relato de P3 que as Residências Terapêuticas são concebidas como dispositivos importantes no processo de Reabilitação Psicossocial, sendo, inclusive comparadas ao CAPS no que diz respeito ao que se faz nos dois dispositivos e à efetividade das ações em cada um dos espaços. Parece, inclusive, haver um reconhecimento da própria prática e sua eficácia quando as ações são desenvolvidas junto às Residências Terapêuticas.



Ressalta-se que, novamente, foi o exemplo da prática que possibilitou nutrir o conceito de sentido e com isso encontrar correspondência deste nas ações cotidianas de cuidado, ainda que a profissional não tenha descrito propriamente as ações neste dispositivo neste primeiro encontro do Grupo Focal.

*“[...] Mas eu acho que ali (referindo-se ao Centro de Convivência) foi o meu primeiro contato com a reabilitação e eu tenho a sensação de que foi também a minha experiência mais verdadeira de reabilitação e que se mantém assim, né. Faz 3 anos e pouquinho que eu saí do CeCo e que eu estou no CAPS, mas eu acho que ainda as minhas verdadeiras experiências e as mais ricas e exitosas de reabilitação foram esses anos que eu estive no CeCo assim [...] E que eu fico pensando, inclusive, o quanto que, às vezes, dentro da rede mesmo, não só, é... da questão mais político municipal que tem o investimento, todo mundo reconhece, mas o quanto, às vezes, dentro da rede mesmo de saúde, dos dispositivos todos, o quanto a gente deixa de usar esse espaço do Centro de Convivência como... parceiro, junto assim sabe? [...]” (P5)*

O apontamento de P5 acerca da potência dos Centros de Convivência para o processo de Reabilitação Psicossocial parece ter mobilizado outras participantes, tendo uma delas verbalizado concordar plenamente com a colocação da participante, além de estimular outra a refletir sobre este dispositivo, apontando sobre a necessidade de fazê-lo mais presente para viabilizar o processo de Reabilitação Psicossocial, inclusive como estratégia para aliviar as demandas do CAPS, como se verifica na fala a seguir:

*“Acho que é o que eu ia falar, eu acho que é importante isso que você está falando, mas eu acho que [...] eu vejo lá no (nome do CAPS que trabalho), eu acho que isso vocês devem sentir também, se a gente não vai com os pacientes no Centro de Convivência, vai lá, entrosa, entendeu, dá um... uma primeira, uma segunda para a coisa andar lá, eles não vão! E a gente tem um Centro de Convivência que não é muito longe, dá para ir a pé, é uma caminhadinha, mas é muito legal, um espaço legal, que é o (nome do Centro de Convivência), mas falta... a equipe precisaria acompanhar muito mais esses pacientes, porque eu acho que é uma coisa que a gente tem que cada vez mais é... pensar nisso, entendeu? Porque os CAPS estão virando uma bomba, chega, chega, chega gente, né e os Centros de Convivência podiam estar fazendo essa... esse trabalho, mas com aqueles pacientes mais silenciosos sabe, que ficam mais no canto, mais isolados, talvez o Centro de Convivência pudesse ter mais oportunidades...” (P4)*

Assim como no relato de P3 sobre o potencial das Residências Terapêuticas para viabilizar a Reabilitação Psicossocial, nos relatos referentes aos Centros de Convivência não há também a descrição de ações ou a justificativa sobre porque estes dispositivos são tão

importantes e tradutores da Reabilitação Psicossocial na prática. Assim, pressupõe-se que as participantes que fizeram os apontamentos estejam pautando suas compreensões a partir da construção que fizeram sobre como concebem Reabilitação Psicossocial, embora isso não possa ser afirmado, uma vez que nem todas se colocaram em ambos os momentos e que houve no processo de construção dimensões distintas que foram sendo agregadas. Foi por esse motivo que no segundo encontro de Grupo Focal uma das questões de aprofundamento foi referente a este aspecto, como se apresenta na sequência.

No segundo encontro de Grupo Focal a apresentação de uma nova questão constante no novo Roteiro (ROTEIRO 2 – Aprofundamento de questões) - cujo conteúdo solicitava que as participantes exemplificassem e aprofundassem suas reflexões acerca do proceder com a Reabilitação Psicossocial a partir dos dispositivos apontados no primeiro encontro, como Residências Terapêuticas e Centros de Convivência – parece ter movimentado positivamente o grupo de forma que, além do resgate - e agora aprofundamento do conteúdo - houve a inclusão de novos elementos, enriquecendo a discussão, mas também revelando um momento potente para o reconhecimento do trabalho produzido por elas próprias.

Ao término da apresentação da questão pela moderadora, imediatamente uma participante faz uma colocação, trazendo nesse segundo encontro as iniciativas de geração de trabalho e renda como importantes dispositivos no processo de Reabilitação Psicossocial, elemento novo no âmbito dessa discussão, mas que na ocasião contou com a concordância verbal das participantes:

*“(nome da iniciativa de geração de trabalho e renda) também podia acrescentar eu acho né, porque para mim assim, na minha clínica o que mais rola como reabilitação é o (nome da iniciativa de geração de trabalho e renda), que tem sido assim para alguns pacientes uma reviravolta na vida sabe? de poder sair de casa, de poder estar se sentindo útil, aprender a fazer alguma coisa, ganhar um dinheiro, muitas vezes bem pouco, mas é algo da produção deles...” (P4)*

Diante da fala de P4, outra participante relativiza a questão abordada pela colega, acrescentando à discussão uma análise crítica e contextual:

*“Eu acho que tem muito a ver com a característica do território que você é referência, porque... o da minha mini equipe é um território com pessoas com uma condição melhor, financeira, então eles se identificam muito mais com o centro de convivência do que com o (nome da iniciativa de geração de trabalho e renda)[...] eles acham muito pouco o que recebe pelo (nome da iniciativa de geração de trabalho e renda). O (nome da iniciativa de geração de trabalho e renda) tem um super valor no sentido de poder ter uma equipe que é preparada para acolher as estranhezas do paciente de saúde mental que o mercado formal não acolhe, não é nada acolhedor né, então essa, para mim, é a maior diferença, o maior*

*benefício do (nome da iniciativa de geração de trabalho e renda) em relação aos outros postos de trabalho, principalmente no mercado formal para o paciente de saúde mental. É... por outro lado tem isso né, em termos de... grana, o dinheiro que recebe e tal, para alguns... muitos nunca tiveram, é melhor do que nada, é muito melhor, é ter alguma coisa que ele nunca teve, mas para outros, “nossa vou trabalhar, trabalho pesado” [...]” (P1)*

Verifica-se nos relatos de P1 e P4 que alguns aspectos trazidos pelo grupo quando da discussão e formulação da concepção de Reabilitação Psicossocial vêm aqui contemplados e traduzidos agora a partir da descrição de exemplos práticos.

Destaca-se que o relato de P4 parece trazer, na sutileza, uma visão estereotipada sobre a proposta de geração de trabalho e renda no campo da saúde mental quando a participante a apresenta como o que possibilita ao sujeito “*aprender a fazer alguma coisa, ganhar um dinheiro*”. Entretanto, os apontamentos feitos por P1 neutralizam, de certa forma, esta “*impressão*” na medida em que relativizam o conteúdo trazido por P1, acrescentando novos elementos, tornando a discussão mais rica, contextual e mais próxima do que se tem almejado para o campo da saúde mental com a oferta de trabalho, ou seja, “*A garantia do direito ao trabalho é uma das questões centrais nos processos de construção de contratualidade, de protagonismo e de um novo lugar social para as pessoas com transtornos mentais e/ou com transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas*” (BRASIL, 2007, p. 48).

Assim, argumenta-se que, a despeito das discrepâncias sociais e mesmo do posicionamento dos usuários quanto a utilizarem ou não determinado dispositivo – posicionamento este que, em parte, também reflete a desigualdade social fruto do modo capitalista de produção e organização social – evidenciado pelos discursos de P1 e P4, parece haver um ganho no que diz respeito a estes sujeitos poderem escolher – mesmo que dentro de seus contextos sociais específicos e determinados – poderem, em algum nível, negociar sua inserção e participação em espaços que lhes façam mais sentido ou que lhes traga algum benefício. Tudo isso reporta à possibilidade de (re) aquisição da contratualidade social, à participação social e à construção de novos lugares sociais, como vêm apontado no documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) supracitado.

Na perspectiva de Reabilitação Psicossocial apresentada por Saraceno (2001a), o trabalho é um dos eixos estruturantes, cuja função – quando de seu exercício pelo sujeito – é a produção de sentido na vida, seja de ordem social, econômica ou afetiva. Para Alcântara (2007), a adoção do trabalho sob esta perspectiva no campo da saúde mental tem impulsionado a Reabilitação Psicossocial dos sujeitos no contexto brasileiro.

Embora haja reconhecida importância das iniciativas de geração de trabalho e renda para o campo da saúde mental constantes, inclusive, em documentos oficiais do Ministério da Saúde e em legislação (BRASIL, 2005a; 2005b; 2005c; 2005d; 2006a; 2006b; 2007; 2010a; 2010b; 2012a; 2012b; 2013), bem como na RAPS (BRASIL, 2011), infelizmente uma onda de sucessivos desmontes no âmbito das políticas de saúde mental têm promovido, em diversos dispositivos e estratégias do campo da Atenção Psicossocial, uma espécie de asfixia com prenúncio de morte destes, incluindo as iniciativas de geração de trabalho e renda, que na Portaria 3.088 que institui a RAPS (BRASIL, 2011) constituem o componente VII desta rede o qual vem genericamente denominado Reabilitação Psicossocial.

Exemplo concreto deste “presságio” de falência é a Portaria 3.588 de 21 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017) - *“Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências”* - na qual o Componente VII da RAPS sequer é mencionado, já fazendo supor sua extinção.

Em relação aos Centros de Convivência, seu resgate neste segundo encontro revelou, novamente, discursos em favor deste dispositivo e de sua potência no processo de Reabilitação Psicossocial. Um dos apontamentos feitos nesse segundo encontro agregou novos elementos em relação à discussão do primeiro, como se verifica a seguir:

*“É, eu tenho muito marcado o registro da minha primeira impressão do dia que eu entrei pela primeira vez em um centro de convivência, é que foi muito marcante: primeiro que eu tinha muita curiosidade, que eu venho de (cidade de origem da participante) e lá não tinha... e muito ansiosa para conhecer, e aí a minha primeira impressão, assim, eu cheguei e tinha uma mesa com umas dez pessoas fazendo artesanato e nesse grupo das dez pessoas tinham umas seis que eram da comunidade, ali do bairro, e umas quatro que eram do CAPS; eu não reconheci as pessoas do CAPS, elas estavam misturadas!! pessoas que dentro do CAPS têm cara de psicótico, jeito de psicótico, mente de psicótico, funcionamento de psicótico e no Centro de Convivência estava ali igual a todo mundo, né. Então essa, para mim, eu acho a característica mais importante de um Centro de Convivência, que é promover esse encontro de forma tão acolhedora, que é muito tolerante às diferenças, e é isso que faz a diferença para um paciente de saúde mental, e é bom para os dois lados porque quem não tinha antes o contato com o Centro de Convivência, com pacientes da saúde mental e vê ali do lado dela a pessoa solta - tô usando, tô reproduzindo uma fala tá?! - a pessoa solta, fazendo coisas igual a ela fala “ah, então a loucura não é uma coisa tão amedrontadora assim, não é tão, ela é gente como eu, ela é... ela tem questões como as minhas né”. Então isso eu acho que faz uma diferença enorme para a vida de um usuário da saúde mental que frequenta um Centro de Convivência...” (P1)*

O relato de P1, em relação ao Centro de Convivência, traz elementos que remetem a necessárias discussões acerca da possibilidade de convivência entre os diversos, da diversidade poder ser vista com olhar de maior reciprocidade e solidariedade, bem como do necessário resgate de aspectos que dizem essencialmente do humano, ou seja, o que em essência faz de nós seres gregários, com potencial (e necessidade) para as trocas em suas distintas dimensões e para a vida comunitária.

Argumenta-se que é das trocas sociais que derivam muitos dos substratos (condicionados histórico, político e culturalmente) constituintes da tolerância (ou da intolerância), da solidariedade (ou do individualismo) e da empatia (ou da animosidade), por exemplo. Por isso, trabalhar a sociedade se mostra imprescindível, assim como investir na dimensão sociocultural, sendo os Centros de Convivência espaços potentes para isso.

Desta forma, e fazendo coro com Saraceno (2011, p. 98), aponta-se que “Não queremos cidades sem os diferentes, mas sim os diferentes nas cidades. A utopia que queremos é a da comunidade humana onde a diversidade tem direitos de cidadania, mas não como identidades separadas”.

No que se refere ao potencial das Residências Terapêuticas para promover a Reabilitação Psicossocial, algumas participantes, neste segundo encontro, reiteraram o que havia sido dito no primeiro e acrescentaram exemplos por meio dos quais pareceram buscar corporificar a reabilitação, como se verifica nos relatos a seguir:

*“A gente tem três (referindo-se às moradias), essa que eu estou dando exemplo é mais autônoma assim [...] a maior alegria é quando um usuário chegou no grupo falando “eu aprendia a fazer arroz, feijão e bife” porque ele sempre fazia acompanhado da monitora, e ele ficava “mas qual é a medida, quantas xícaras, quantos não sei o que” tal e aí a gente teve que fazer um caderno com todas as medidas para fazer arroz, feijão, que é uma missão muito concreta, mas chegou no grupo e falou “hoje eu cozinhei! Pergunta pra monitora! ela só olhou para eu não me queimar”. Então acho que essas coisas assim, que fazem parte da reabilitação; era alguém que conversava com o portão! [...] antes da moradia, por toda a violência familiar [...] E agora o sonho dele é que vagou uma vaguinha lá no quarto individual, ele quer ir para esse quarto individual, que é o primeiro passo para ele ir morar sozinho! Então ele estava lutando e reivindicando que ele estava há mais tempo e ele tem direito porque ele guardou dinheiro e ele pode comprar um armário para por no quarto! Então, assim essas pequenas coisas que fazem parte da reabilitação [...]” (P3)*

*“[...] o (nome do serviço) teve, por muitos anos, só moradia tipo um e eu acompanhei uma paciente na tipo um e aí era um local que a gente conseguia fazer muita reabilitação, a cozinhar, cuidar do seu próprio dinheiro, administrar o dinheiro, tentar retomar contato com os familiares [...]” (P9)*

*“Acho que essa coisa da casa traz muito essa coisa da possibilidade da escolha, da reabilitação nesse sentido né, da pessoa poder escolher algumas coisas [...] alguns usuários tinham um pouco dessa coisa assim, “cadê a bermuda do fulano? Ah, o fulano não tem bermuda, é de todo mundo a bermuda”. Né, assim, não! “ah não, eu dou a minha para ele”; e dessa construção da individualidade também, apesar de estarem morando em uma casa em grupo, dessa construção da individualidade e da autonomia assim, dessas duas coisas” (P2)*

*“[...] voltando para a sua pergunta o que materializa mais a atenção psicossocial e a reabilitação hoje no CAPS? Acho que o serviço residencial terapêutico [...]” (P3)*

O relato das profissionais acerca das Residências Terapêuticas como práticas concretas de Reabilitação Psicossocial vão reunindo elementos que dão concretude, corpo e definição a esta e que, em última instância, parecem narrar que o habitar significa viver. Ou seja, parece que a dimensão do habitar - como bem trabalhado por Saraceno (2001a) e já apresentado em um dos capítulos teóricos do presente estudo – da forma como abordado pelas participantes confere aos sujeitos oportunidades, experimentações, diversidade, possibilidade de negociação – e, portanto, de (re)construção da contratualidade, da subjetividade – de acesso e de pertencimento.

Assim, poder escolher e se reconhecer como ser individual, como apontado por P2, ou se surpreender e se orgulhar por algo novo que aprendeu, ou mesmo negociar a ocupação de um espaço coletivo, como relatado por P3, são aspectos que conferem ao ser humano a possibilidade de pensar, sentir, planejar, agir, construir e, portanto, existir! Certamente isso é o que mais se almeja no trabalho com usuários com experiências de sofrimento psíquico, de segregação em hospitais psiquiátricos, de anomia, de violência, dentre tantas outras durezas e violência que essa população muitas vezes vivencia.

Embora tudo isso seja um grande desafio e exija muito envolvimento e comprometimento dos profissionais, a experiência prática aqui relatada, mas também tantas outras existentes pelo Brasil afora, vêm comprovando que este investimento vale a pena e é possível.

Para Antonacci et al. (2017) os Serviços Residenciais Terapêuticos configuram espaços cujas práticas desenvolvidas pelos profissionais tomam as necessidades humanas como parâmetro dos saberes que produzem. Assim, tais saberes são exercitados em contextos de vida real, cujo objetivo é estimular o senso de pertencimento e a autonomia dos moradores destes locais. Adicionalmente, Cortes e Barros (2017, p. 160) consideram que para as pessoas que carregam as marcas da vivência em hospitais psiquiátricos, residir num espaço protegido

“[...] precisa significar ter o direito da (re)construção de uma vida cotidiana alicerçada no princípio de cidadania, que é preocupação central da Reabilitação Psicossocial”.

Em síntese,

O habitar constitui um assunto central na saúde mental, mas talvez, de fato, seja um assunto central da própria vida. A casa alude a um espaço da mente e do coração. Sem dúvida, é importante ter um trabalho pelos seus significados materiais, psicológicos e sociais, mas a casa permanece o lugar privilegiado da elaboração dos nossos “vividos”: aí as experiências se modelam, aí o tempo interior encontra o seu espaço, as relações se enchem de significados. Temos todos a necessidade de recolhermo-nos em um lugar amigo, de tirar a máscara social que temos que envergar, de estar em uma condição cheia de trocas afetivas e de simples, mas intensas relações (VENTURINI, 2010, p. 477, grifo do autor).

Importa destacar que toda essa discussão, especialmente a relativa ao potencial das Residências Terapêuticas para a operacionalização da Reabilitação Psicossocial, criou uma espécie de atmosfera afetiva entre as participantes. Parece que fazer memória das ações que desenvolvem e olhar para elas de forma mais otimista e positiva produziu não só leveza e risos, mas também a possibilidade de reconhecerem o trabalho que realizam e os resultados que conquistam, como vem expresso nos relatos a seguir:

*“Mesmo com a dificuldade alguma coisa está saindo” (P3)*

*“Não, muita coisa sai! [...] Se a gente olhar caso a caso né é bem bonito de ver, bem bacana de ver...” (P1)*

*“É que apesar de todas essas dificuldades que já foram faladas, tem muitos casos de sucesso que a gente tem conseguido falar né...” (P8)*

*“É sinal de que a proposta é boa né?” (P1)*

*“É lindo o trabalho né? Sou apaixonada...” (P4)*

No âmbito da Atenção Psicossocial as participantes também fizeram apontamentos sobre como esta se processa no cotidiano do cuidado, explorando aspectos relacionados a ela. Nesse sentido, uma das participantes a define como algo bastante prático, do dia a dia e que parece ter um caráter mais “imediato”, de dar conta das demandas que chegam ao serviço, como se verifica no relato a seguir:



*“Uma coisa mais prática, automática assim, do dia a dia; na praticidade que eu digo, funciona, lógico, que a gente é... todo mundo sabe o que fazer, quando, dependendo dos casos que chegam a gente sabe o que fazer, então tem que ir, quem está no serviço vai fazendo acontecer e automático que eu digo é... no sentido de... da rotina mesmo! Crise, o que é que a gente faz com o paciente agitado, o que que a gente faz com o paciente que está passando mal no sentido clínico, clinicamente assim, acho que uma coisa bem prática e automático! Não que não funcione né, funciona, mas é uma coisa acho que mais do dia a dia assim nosso, da rotina, não precisa pensar muito longe assim, um cuidado mais no sentido longitudinal assim, você faz a coisa mais a curto prazo assim” (P7)*

Verifica-se na fala de P7 que, dentre os aspectos relatados e relacionados com a Atenção Psicossocial a crise parece ser elemento que elucida, para esta participante, uma dimensão do proceder com a Atenção Psicossocial. Ressalta-se que, nesta direção, outra participante faz menção acerca da relação entre o manejo da crise e a Atenção Psicossocial, como se verifica no relato seguinte:

*“Nem só o fogo, ou as regressões, é os casos mesmo que estão mais graves, entendeu? Não tem muito caso, muita pessoa em crise, e aí aqueles que estão lá numa coisa mais dentro do seu quartinho... tá lá! Então está mais na atenção à crise mesmo” (P9)*

É P7 ainda que novamente sustenta essa relação e acrescenta à noção de Atenção Psicossocial no manejo à crise a concepção de acompanhamento do usuário:

*“Eu ainda usaria outro termo no dia a dia nosso, acho que a gente acompanha alguns pacientes assim né. Atenção para mim fica naquilo “nossa, entrou em crise!!!, o que que a gente vai fazer agora!? Dá para falar com o CS, dá para incluir alguém da família no cuidado? Vamos dar atenção!” Daí você fica um bom tempo ali, uns 2, 3 meses enquanto o paciente está vindo pior. Aí depois de um tempo, às vezes, precisa ser reabilitado, mas você não consegue fazer isso muito longe, o que você faz? Você acompanha, “ah, agora o seu projeto é vir no CAPS duas vezes por semana”. “Ah, veio no grupo, ah semana que vem não veio, ah deixa eu dar uma olhada porque não veio”. Você dá uma acompanhada assim, eu fico nessa impressão que você está acompanhando o paciente. “Ah, deixa eu ligar na casa porque semana passada ele não veio”. Aí, isso vai se perdendo, não é que vai se perdendo, você tem tanta referência, tanta coisa no dia a dia, não é que se perde, você consegue acompanhar o paciente [...] Atenção para mim acho que é na hora da crise, você pensa em tudo o que você vai fazer e depois vai estar lá acompanhando ele. Aí às vezes ele volta, você perde um pouco o foco, você perde, “nossa, faz tempo que ele não vem, preciso ir atrás”, ou ele vem já está mais, quase entrando em crise [...]” (P7)*



Os relatos supracitados, contradizendo, em alguns aspectos, elementos que já tinham sido apontados pelo grupo como os que definem o que é Atenção Psicossocial, parecem revelar de maneira mais explícita a dúvida em torno da Atenção Psicossocial de maneira geral, ficando a sua operacionalização como mais uma lacuna, a qual parece vir preenchida, pelo menos por ora, pela ideia imediata que a palavra atenção evoca, ou seja, cuidar das situações de crise que chegam ao serviço.

A crise é, certamente, situação extrema e intensa que, aparentemente, é reconhecida pelo grupo como condição limite e que exige ação imediata.

O que parece ser possível afirmar aqui é que neste momento Atenção Psicossocial vem assumida, pelo menos por algumas participantes, como sinônimo de atender literalmente o sujeito que chega no serviço em crise, ou seja, de olhar para a situação, para o sujeito, de pensar sobre e precisar lançar mão de estratégias que possibilitem dar conta, resolver.

Diante do conteúdo e sua compreensão acerca da Atenção Psicossocial trazido pelas participantes, alguns apontamentos e reflexões se fazem necessários.

O primeiro deles diz respeito à ideia de uma prática propriamente de Atenção Psicossocial, como vem mais marcadamente assumida nesta categoria. Argumenta-se que a ideia de Atenção Psicossocial na prática talvez tenha ficado tão resumida a “atender/clinicar” em função de as participantes pensarem sobre esta a partir especificamente do serviço CAPS. Essa relação talvez tenha sido apresentada desta maneira tanto em função de uma fragilidade do roteiro (que pode ter induzido à ideia de “fazer Atenção Psicossocial”), quanto em função dos desmontes e perdas no âmbito da saúde mental municipal os quais, de acordo com as participantes, as obriga a trabalhar prioritariamente dentro do CAPS, influenciando a leitura das profissionais acerca da concepção de Atenção Psicossocial.

Assume-se que o convite para uma discussão mais conceitual e mesmo para o exercício de descrever a expressão de conceitos e concepções na prática carrega consigo densidade, complexidade e dúvida, o que pode ter influenciado a maneira como Atenção Psicossocial veio abordada nesta categoria, ou seja, de forma “aplicada”. Este apontamento se justifica pautado na compreensão de que talvez não seja estratégico (pelo risco do enquadre e padronização) e nem traduza a realidade (que não condiz com técnicas específicas e estanques) dizer de uma prática propriamente da Atenção Psicossocial, posto que a literatura consultada e as reflexões aqui realizadas levam a sustentar que talvez não exista uma “prática específica de Atenção Psicossocial” que ocorra em “serviços específicos”, mas antes que a perspectiva de Atenção Psicossocial, como adotada no presente estudo, é resultado da reunião

de um conjunto de conceitos, serviços, estratégias e políticas e que, portanto, só se processa se pautada numa lógica de rede. Nesse sentido a RAPS (BRASIL, 2011) parece representar a tentativa de traduzir esta ideia.

### **Categoria temática híbrida**

#### **7.9 DIFICULDADES E DESAFIOS ENFRENTADOS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO: REFLEXÕES A PARTIR DAS PERSPECTIVAS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL**

Um aspecto bastante enfatizado e também consensual no contexto da discussão do primeiro encontro do Grupo Focal de TO's diz respeito aos desafios micro e macropolíticos vivenciados pelos participantes no cotidiano dos serviços, o que parece comprometer diretamente ações de cuidado que buscam estar alinhadas às perspectivas de Atenção e Reabilitação Psicossocial, da forma como concebidas pelos participantes.

Aqui vale um olhar e uma escuta cuidadosos frente às dificuldades verbalizadas, tendo em vista que os profissionais, por diversas vezes, se mostraram pesarosos por não conseguirem desenvolver ações pautadas em princípios e valores em que acreditam e que atendem ao modelo atual de assistência em saúde mental, como ilustram os relatos a seguir:

*“[...] porque eu acho que as próprias políticas públicas estão falidas né, a gente tem atualmente a gestão em [nome do município], uma gestão que não consegue olhar e entender assim a saúde mental, enfim, as conversas têm sido cada vez mais difíceis, os próprios trabalhadores têm adoecido; a gente adoce por conta de tudo o que a gente também está vivenciando e aí fica cada vez mais difícil conseguir qualificar o nosso trabalho em relação à saúde, assim. Acho que é um pouco disso...” (T3)*

*“[...] não precisa ficar dentro do CAPS! No entanto, quanto mais a gente coloca para fora, mais eles querem uma RAS que fique para dentro, que a gente atenda mais, então é muito contraditório [...] Como você vai trabalhar o fora se tem uma prefeitura querendo que a gente coloque todo mundo para dentro porque tem que ter passe? Eu vou continuar trabalhando para fora assim, né? Mas é uma questão a se pensar e como que a gente pode fazer essa reabilitação hoje em dia” (T9)*

*“[...] parece que, à medida que a gente vai vendo agora né, todas as políticas públicas, essa falta de transporte, a gente não poder levar o sujeito até o (nome do local), que*

*vocês foram falando... poder até produzir prática dentro da Atenção Básica, porque aí não tem mais tanto espaço né, a gente poder fazer o matriciamento mais, é, junto mesmo, como ações mais em conjunto, mais do que discussão de caso que hoje é a maioria das coisas que a gente faz; a maior parte é só para a reunião da equipe tal, com pouca ação no território. E aí vendo... tudo corroborando para isso, a gente vai sendo cada vez mais é... convocado a fechar mesmo o serviço e ficar lá dentro e fazendo o que é da especialidade, sem voltar a entender o que isso provoca né, o quanto que a gente perde e o quanto que não consegue porque aí sim a gente só vai ficar lá dentro mesmo cuidando da crise; por isso que a gente vai fazendo isso tão bem também, a gente vai fazendo praticamente só isso porque quando você tenta fazer um AT, quando você faz um projeto, tenta ir delineando um projeto aí você é cortado porque você tem que ficar, porque você tem outras demandas para cuidar e aí as referências vão ficando para trás, a gente não vai conseguindo ver quem é e quem precisa, como faz e como é que eu posso estar junto, como é que eu posso estar mais perto ou fazer um atendimento familiar; vai sendo bem duro isso né? A gente vai sentindo a dureza de voltar a fazer só a reabilitação” (T4)*

Verifica-se nas falas acima que o contexto político, especialmente a política municipal de saúde mental, tem produzido barreiras significativas para aquilo que se preconiza no cuidado ofertado e que isso fere um pilar de sustentação fundamental da Reabilitação Psicossocial que, como concebido por alguns participantes, diz respeito ao trabalho fora dos CAPS, no território e em articulação com outras dimensões da vida dos sujeitos. Verifica-se, inclusive, na fala de T4, que essa situação acaba configurando um fazer Reabilitação Psicossocial que remete à especialidade, a uma reabilitação mecânica e, portanto, avessa ao que ela representa, ou deveria representar no contexto atual a partir da perspectiva dos participantes.

As participantes do Grupo Focal de Profissionais também trouxeram, em vários momentos, as dificuldades e desafios enfrentados no dia a dia para conseguirem responder às premissas da Atenção e da Reabilitação Psicossocial quando na prática do cuidado no cotidiano do trabalho. Isso inclusive apareceu em alguns momentos em tom de desesperança, desânimo e mesmo como dinâmica que tem comprometido a saúde e o bem estar dos trabalhadores.

Nessa direção, uma das participantes se questiona sobre o que é Reabilitar hoje em dia, apontando situações práticas e políticas que sustentam seu questionamento:

*“[...] E aí eu fico pensando na questão da política mesmo, assim, né. Será que, em termos políticos, ainda se tem interesse de focar, de investir na reabilitação? Porque a sensação que eu tenho no (nome do CAPS em que trabalha), é que cada vez a gente é convocado mais a trabalhar, voltar numa lógica ambulatorial, a cobrir furo de rede, então a gente recebe muito no nosso Distrito, assim, muito pedido, é... (nome do Serviço de Atenção Primária em Saúde) não tem psiquiatra, vai passar no CAPS só para ter avaliação*

*psiquiátrica mesmo que não tenha indicação... se tudo funcionasse perfeitamente, não teria que passar pelo CAPS... não só com psiquiatra, mas assim, “ah não tem psicólogo no postinho, saiu, não vai repor também, vai para o Centro”... E acho que isso vai se confundindo, assim, vai se desconfigurando e a gente vai deturpando um pouco que lugar é esse do CAPS e que trabalho que a gente quer fazer lá, sabe? Eu fiquei um pouco com essa sensação também...” (P5)*

Verifica-se na fala de P5 que os desafios para proceder com a Reabilitação Psicossocial encontram-se alocados em esferas como contexto político e organizacional da rede. Parece que estes elementos, de maneira articulada, acabam impondo uma forma de trabalhar que remete ao funcionamento do CAPS como serviço ambulatorial, subvertendo toda lógica e prerrogativa que deveria orientar o funcionamento destes serviços.

Fica evidente nos discursos o desconforto, a frustração e a preocupação com as perdas de recursos ou mesmo com decisões políticas no município que vão na contramão do que os participantes acreditam e costumavam fazer para prover o cuidado no campo da saúde mental. Nesse sentido, sem deslegitimar os prejuízos nos processos de trabalho e de cuidado mencionados pelos participantes com a situação atual, bem como o risco real que a assistência prestada corre com o desinvestimento apontado, talvez seja importante um resgate daquilo que ainda se tem, daquilo que ainda tem sido possível fazer e prover em termos de cuidado, para, ao menos, haver um respiro que possibilite pensar estratégias para driblar os problemas oriundos das políticas de investimento (ou de desinvestimento, no caso!).

Essa reflexão está pautada na necessária valorização dos profissionais, dos sujeitos atendidos, dos familiares e demais pessoas, bem como do território e comunidade como recursos ainda presentes e que não devem ser descartados (e sim trabalhados, fortalecidos!), mesmo diante de uma situação de falta como esta. Ainda que sejam insuficientes para prover efetivamente o cuidado, não devem ser, de forma alguma, desprezados, posto que são os combustíveis disponíveis para fazer operar os demais recursos que atualmente tem faltado.

Importa destacar que a moderadora, na ocasião do segundo encontro de Grupo Focal com Profissionais, fez apontamentos na direção dos supracitados, com vistas a estimular que as participantes analisassem tudo o que ainda tem sido possível fazer (porque foram verbalizando ao longo do encontro) e o quanto muito disso que tem sido feito por elas é, por vezes, fruto de uma inventividade, de uma determinação e de um “romper as fronteiras do desânimo” que se revelam recursos pessoais próprios. Na ocasião, essa intervenção por parte da moderadora gerou uma espécie de introspecção, alguns balbucios em direção ao

reconhecimento da realidade possível e um aparente conforto diante do preenchimento de um suposto vazio que os discursos sobre a falta de recursos havia produzido.

Saraceno (2011) faz uma discussão acerca da concepção de recursos disponíveis no âmbito do trabalho na saúde mental e do recorrente discurso sobre a ausência destes pelos sujeitos implicados no cuidado. Para o autor,

Uma crítica a este modelo de serviço se baseia, algumas vezes, no argumento da falta de recursos. É seguramente um argumento sério e que deve ser levado em conta, mas ao mesmo tempo, é um argumento que dissimula a falta de capacidade de mudança e inovação dos profissionais [...] É necessário refletir atentamente sobre a noção de “recurso” em saúde mental [...] Não existem recursos em nossas ilhas desertas dos serviços públicos. É verdade, mas também, é verdade que nosso olhar é muito estereotipado, limitado. Consideramos recurso apenas aquilo que nos é dado. Todavia, recurso é também aquilo que existe, mas que não sabemos ver. A comunidade é, em si, um recurso, os organismos públicos (os outros serviços sanitários, as escolas, as entidades assistenciais) e aqueles privados (as paróquias, os partidos políticos, os sindicatos, as associações esportivas, etc) são todos recursos. Os usuários e suas famílias são, também eles, recursos (SARACENO, 2011, p. 100)

Novamente ressalta-se que não se trata de diminuir ou menosprezar a dureza e gravidade da realidade apontada pelos participantes, mas sim agregar a esta outros elementos que, no contraponto, possibilitem a descoberta de outros caminhos (ainda que tortuosos) e estratégias (ainda que provisórias) inclusive para driblar o desânimo e a apatia e fazer frente na luta pelos direitos dos trabalhadores, dos usuários e da política de saúde mental.

As participantes também apontaram, no segundo encontro de Grupo Focal de Profissionais, que toda essa situação de desmonte do sistema de saúde consequente à crise político-social tem feito surgir estratégias privadas de assistência cuja lógica fere princípios fundamentais do direito da população à saúde, como se verifica nos relatos a seguir:

*“Até acrescentando o que a (referência a P1) falou da população adoecendo, é muita gente que tinha convênio médico e não tem mais! Então o SUS está assim, abarrotado né, porque antes acho que também tinha uma pulverização porque as pessoas iam para os seus psiquiatras, agora...” (P4)*

*“Não, e aí a gente faz outra, tem outra premonição, outra previsão né, para onde que está caminhando isso? Para as clínicas populares que estão brotando e fazendo o maior sucesso! Ou seja, esse é o plano!” (P1)*

*“Nossos pacientes que conseguem pagar né, que é uma judiação...” (P4)*

*“Mas eu acho que, infelizmente, eu estou vendo isso acontecer... mas isso infelizmente fere um princípio básico da saúde como dever do estado né? Então, é para isso que estamos caminhando...” (P1)*

As perdas relativas a recursos humanos e financeiros na área da saúde mental foram pautas constantes ao longo do segundo encontro e apontadas por algumas participantes como condição que compromete especificamente a Reabilitação Psicossocial, já que esta, em geral foi trazida, por algumas, como ações de cuidado “mais concretas”.

Os relatos a seguir ilustram essa condição:

*“Eu acho que esses processos de reabilitação eles vão sendo deteriorados; o financiamento ele está ligado à possibilidade de algumas intervenções assim, né, por exemplo, tem paciente que você tem que fazer visita domiciliar não uma vez por mês, tem que ser semanal! Porque quem cuida é o território, você tem que ir lá toda semana [...] você poder fazer essa visita, você poder trabalhar esse território que tem que ter mais tolerância com aquela pessoa [...]” (P2)*

*“Então agora assim, agora não tem transporte, então daí a gente vai ficando com os recursos limitados que vai atrapalhando a reabilitação e a gente vai se transformando em mini manicômio” (P9)*

*“Que também eu estou sentindo comprometida porque eu penso nessa pessoa, na alta ela vai precisar da medicação, no alto custo, aí ela não tem; a família nem sempre dá o apoio necessário; o (nome do Serviço de Atenção Primária em Saúde) talvez ela não vai ter a retaguarda que ela quer, e o pior é que aí vai estar longe da gente talvez né, porque ela vai vir o que? Uma vez a cada 15 dias para uma avaliação, para um atendimento? Ela não vem né, às vezes não vem! Então a reabilitação eu vejo ela ainda mais comprometida do que a atenção psicossocial, porque atenção você dá...” (P3)*

No segundo encontro do Grupo Focal de TO's, a ênfase dada novamente pelos participantes também foi acerca dos desafios na construção do cuidado consequentes à dimensão política, especialmente à municipal. Nesse sentido, alguns participantes foram enfáticos em apontar o panorama político do município neste momento do segundo encontro que parece inaugurar (ou intensificar) uma realidade ainda mais frágil e precária do que a apresentada no primeiro encontro. Os relatos a seguir ilustram essa condição:

*“Eu estou aqui pensando que esse primeiro encontro foi antes de todo aquele forfê que deu no final de agosto, comecinho de setembro, que foi o corte da verba da prefeitura, que foi um princípio de greve que não foi greve, que foi uma coisa meio esquisita... [...]” (T8)*

*“Esse contexto agora que a gente está puxando fica um pouco diferente que nessa época a gente estava falando, a gente falou um pouco disso, mas está pior, piorou o cenário em seis meses, então piorou, a gente já falou de coisas, mas piorou!” (T1)*

*“Acho que é isso: eu valido (o conteúdo do primeiro encontro do Grupo Focal que foi compilado e apresentado neste segundo), valido o que a gente falou, mas acho que esse período de seis meses deu quebras em algumas coisas, então de pensar inserção do usuário, pensar na permanência DIA, pensar em projeto terapêutico. A crise acho que já vinha, a crise eu digo financeira, já vinha se intensificando, acho que a gente já vinha sentindo, principalmente quem pegou épocas áureas aí (nome do serviço)sente muito[...] e aí, de agravamento de crise financeira, então de pessoas que estavam no particular e, de repente, começam a depender do SUS, e aí o aumento do número de casos no (nome do Serviço de Atenção Primária em Saúde), começa a procurar o (nome do Serviço de Atenção Primária em Saúde), e o (nome do Serviço de Atenção Primária em Saúde) vai encaminhando, aumento de crise e aí a crise financeira faz as pessoas entrarem em crise e começam a não ter dinheiro para sustentar suas famílias, e aí entra no ciclo, isso vai se intensificando assim. Acho que a gente vem recebendo muito usuário, muito paciente novo nesse sentido: “ah, perdi o emprego, não estou conseguindo pagar minhas contas”, entrou em um processo depressivo e aí vai agravando, e aí acaba tendo outra crise mais grave... e a gente vem recebendo muitos casos...” (T8)*

Dos relatos acima importa refletir sobre a influência do contexto social e político do momento sobre as discussões e elaborações realizadas pelos participantes acerca das temáticas abordadas neste segundo encontro. Nessa direção, um dos participantes busca sintetizar a problemática e numa espécie de desabafo, mas também na busca por reagir à situação, afirma:

*“Eu só queria falar... O que mais dói também dos cortes, você falando de reabilitação, são das pessoas, porque para fazer reabilitação é uma relação humana né; acho que o Presto Barba faz falta, argila faz, mas a relação humana para gente poder ser instrumento para tudo isso é o que mais pega sabe? Porque como a gente vai fazer um projeto de reabilitação com poucos profissionais? Eu acho que isso que pega. Eu não estou falando só de TO ou só de pessoas de nível universitário não porque a gente tem que ver como um todo, mas o que está mais me pegando é isso, a gente ter falta para fazer... Eu posso ter os melhores materiais, mas se eu não tenho pessoas... De nada adianta né? Então é o que mais me pega nessa crise assim, eu acho que para todo mundo né. Então... a gente está em crise nessa reabilitação mesmo, para mim um pouco de luto, e acho que a gente não pode parar e tem uma parte aqui que eu fiquei pensando como que a gente também, como cidadãos e como que nós TOs, enfim, a gente pode ser agente para construir políticas mesmo né?” (T1)*

O relato de T1 oscila entre uma desesperança, sentimento de luto e a tentativa de encontrar saídas, estratégias, considerando, inclusive, a importância do papel político dos profissionais e de todos os envolvidos nessa jornada pela transformação do cenário atual.



Nesse sentido, retoma a discussão anterior acerca dos recursos possíveis e disponíveis no campo da saúde mental, referindo-se não aos que nos são previamente dados, como sugerido por Saraceno (2011), mas àqueles que podem ser descobertos nos contextos das faltas, das necessidades. Nesse contexto, concebe a Reabilitação Psicossocial como uma relação humana, evocando, talvez inconscientemente, os recursos que residem nos profissionais como os que realmente fazem a diferença no ato de cuidar, já que “Mais do que uma essência do trabalho na saúde, o cuidado é uma dimensão da vida humana que se efetiva no encontro” (YASUI, 2010, p. 118).

Parece que é em meio a essa contradição e entrave político que alguns participantes do Grupo Focal de TO's consideraram que, atualmente, o cuidado tem se restringido à Atenção Psicossocial (da forma como a concebem), parecendo sentirem falta de elementos mais concretos e que direcionam propriamente para a intervenção especificamente. Esse aspecto fica evidente na fala a seguir:

*“E aí eu acho que tem colocado a questão do tanto de reuniões e aí... né, a questão de, como é que fica a ação, o estar junto, o fazer, os AT's, se a gente tem que estar cumprindo as metas, não só de caso, mas BPAC, BPAI e assim vai... [...] Então assim, é... Eu acho que a gente tem, hoje em dia, esse desafio da ação. A gente consegue olhar, a gente consegue ter o entendimento do que aquele sujeito, é necessário para pensar ele fora, para pensar ele nos espaços aí sociais, de lazer, de trabalho, de educação, mas a gente não consegue garantir. [...] Eu acho que tem uma questão que, talvez atualmente, eu acho que tudo o que foi trazido do que está acontecendo atualmente, do contexto da saúde de (nome do município), da sobrecarga e tal, talvez a gente não esteja dando tanta atenção para a reabilitação por conta dessa sobrecarga que eu acho que foi uma coisa que a gente falou muito no começo né da questão acho que do apagar fogo, de crise; eu acho que talvez a gente tem dado menos atenção à reabilitação e tem ficado mais na atenção assim, mas não porque são coisas que se excluem ou porque, aí porque uma é mais importante acho que por conta do momento que a gente está vivendo atualmente assim. É, a gente tem ficado muito atendendo dentro dos serviços, muito no teórico, nos atendimentos e pouco tem conseguido sair e ir para a ação, de fato, né. É... até pela sobrecarga, pela carga horária, a gente tem uma carga horária que é... (T8)*

Importa destacar neste momento que o discurso dos participantes acerca da Atenção Psicossocial, que num primeiro momento vinha concebido como algo mais macro, analítico, mais relacionado a questões de vida da pessoa (embora por vezes também concebido como sinônimo de Reabilitação Psicossocial, como já apresentado anteriormente), parece ganhar novo contorno e dimensão quando pautado pela discussão das dificuldades encontradas no campo e as condições macro e micropolíticas. Ou seja, Atenção Psicossocial passa a ser concebida, em alguns momentos e em algumas falas, como ação interna ao serviço, inclusive



sendo, por vezes, relacionada ao cuidado à crise, contradizendo todo o discurso que, até então, vinha sendo construído em torno desta perspectiva. Essa questão parece colocar em pauta uma discussão importante sobre a maneira como os participantes talvez elaborem conceitualmente a Atenção Psicossocial, mas na prática deflagre uma outra forma de como efetivamente a concebem, revelando talvez uma fratura entre aquilo que se pensa e o que se faz.

Sobre esta temática, importa destacar que houve reconsideração/esclarecimento pelos participantes TO's no segundo encontro de Grupo Focal a partir da apresentação de uma questão constante no novo Roteiro (ROTEIRO 2 – Aprofundamento de questões). Tal questão solicitava justamente que os TO's esclarecessem como concebiam Atenção Psicossocial, se, de fato, como algo mais macro e de análise circunstancial ou como algo que se processa no interior do serviço e atrelado à atenção à crise.

Embora este conteúdo não tenha gerado/estimulado muita discussão ou, aparentemente, não tenha encorajado muitas pessoas a se pronunciarem, evidenciou a concordância de vários participantes em relação ao esclarecimento feito por aqueles que se dispuseram a refletir novamente sobre a questão, como mostram os relatos a seguir:

*“Eu acho que não só dentro, né, até pegando o cotidiano do funcionamento do serviço, não sei se talvez dentro do serviço ficou algo mais simbólico talvez da gente estar dizendo, mas quando a gente fala da atenção, pensando a crise, a gente tem vivido muitas situações né, um bom tempo para cá de crises fora do CAPS, lá na residência, por exemplo, aonde a gente precisa começar a cuidar dela lá na casa do sujeito, para depois conseguir, inclusive, levar para dentro do CAPS...” (T5)*

A resposta dada por T5 é questionada pela pesquisadora (na qualidade de moderadora) na tentativa apenas de um refinamento e “confirmação” da informação, justamente para avançar e aprofundar no conteúdo trazido no primeiro encontro. Nesse sentido, quando a moderadora inicia a pergunta, logo é interrompida por nova resposta elaborada por T5, resposta esta que vem complementada por T7, os quais demonstram investir em elaborar e ampliar o conteúdo inicialmente trazido, como se verifica a seguir:

*“No território, sim, é uma atenção psicossocial pensando na atenção com o olhar só da crise né, porque também eu acho que a atenção psicossocial não é só a crise, assim, atenção psicossocial é mais ampla que do que a crise né? A gente tem lidado muito, pensando nos dois projetos, talvez mais cuidando da crise do que conseguindo cuidar do que seria fora, da reabilitação. Mas na própria crise, em muitas situações, a gente não começa a cuidar dela dentro do CAPS, a gente começa a cuidar dela fora do CAPS, dependendo a característica do sujeito, dependendo, vários aspectos aí; se o sujeito tem família, não tem família, a gente vai cuidar da crise na rua, muitas vezes, com aquele sujeito que está na rua,*

*que está estruturado na rua, dentro da casa do sujeito, abordagem com SAMU, saindo da casa com SAMU, muitas vezes saindo da casa com SAMU e indo para o CAPS, muitas vezes saindo da casa no SAMU e já indo para uma vaga externa né... Mas eu acho que hoje a gente vive, talvez de maneira mais geral, uma necessidade de cuidar mais da crise, é... do que conseguir cuidar do outro projeto que seria a reabilitação psicossocial mesmo, dessas outras possibilidades que inclui trabalho e tudo, lazer, enfim, várias coisas que a reabilitação também é várias coisas né: trabalho, lazer, estudo, namoro, enfim, acho que tem muita coisa aí, mas que a gente, neste lugar, tem encontrado grandes barreiras de diversas ordens, tanto da ordem institucional, pelas dificuldades financeiras, quanto do tempo também que a gente acaba sendo TO 30h né, que se consome na crise, nas outras coisas de matriciamento, nas reuniões, e essa parte mais da reabilitação acaba ficando um pouco deficitária” (T5)*

*“Eu entendo que não tem como dissociar a atenção da reabilitação no sentido de que se a gente está fazendo reabilitação a gente está com atenção psicossocial junto, então se a gente está no matriciamento, a gente está discutindo um caso que nem é do CAPS, muitas vezes, mas é um sujeito no território e estamos falando de atenção psicossocial, nesse momento, e de reabilitação também, mesmo não sendo referência naquele momento né, mas estamos abordando uma discussão de caso, é... Então não é só quando ele chega na crise e aí a gente começa a ver ele, tem outros espaços que a gente começa a ver o sujeito que não viu ainda, mas está discutindo o caso, então aí pensando no(nome do Serviço de Atenção Primária em Saúde), se apropriando mais do caso, trabalhando muito mais em prevenção e promoção antes que precise, tomara que não precise chegar ao CAPS né. Então também tem outra abordagem antes da crise com a atenção psicossocial” (T7)*

Tratando da dinâmica sobre produzir ações de cuidado pautadas na ideia de Atenção Psicossocial e Reabilitação Psicossocial, as participantes do Grupo Focal de Profissionais no primeiro encontro se posicionaram de maneira semelhante aos participantes do Grupo Focal de TO's, no que se refere às justificativas que deram para a forma como procedem, as quais se inscrevem no âmbito dos limites e desafios vividos.

A Atenção Psicossocial foi trazida, de forma consensual, pelo grupo como dimensão que mais tem sido possível vislumbrar no cotidiano do trabalho e isso vem justificado, principalmente, pelo excesso de trabalho, de demanda e de exigências que a atenção à crise impõe.

Verifica-se no relato de uma das participantes que a afirmação é a de que se faz muito mais Atenção do que Reabilitação, no entanto, trata-se de uma atenção que vem direcionada à crise, à saúde e ao social, como se verifica a seguir:

*“[...] acho que literalmente é muito mais atenção do que reabilitação... é, a gente tenta fazer reabilitação, a gente acaba fazendo reabilitação porque somos teimosos, porque na realidade a gente tem sido muito mais convocado a fazer a atenção à crise, atenção à*

*saúde, atenção ao social, atenção ao que muito envolve, menos a reabilitação. A gente faz reabilitação de teimosia, a gente... de guerreiro que somos. Eu acredito que é isso” (P10)*

Parece que o excesso de demandas de cuidado que se apresentam no serviço, especialmente o cuidado à crise, é o que determina, para as participantes, a condição de conseguirem fazer muito mais a Atenção do que a Reabilitação. Este aspecto vem ilustrado pelos relatos a seguir:

*“[...] mas eu acho que também, com essa coisa dos leitos agora fechando no (nome do serviço) e tudo, os CAPS estão ficando cada vez mais com essa função da crise, que é uma coisa que ocupa muito a equipe, que é uma coisa ruidosa e que eu acho que sobra menos tempo para a reabilitação. Acho que antes, por exemplo, a minha clínica eu podia ter muito mais tempo para sair com o paciente para fazer umas coisas do que hoje [...] por causa do excesso de atenção que a gente está tendo, sobra pouco para a reabilitação [...]” (P4)*

*“[...] a gente faz pouca coisa de reabilitação porque a gente tem que ficar apagando incêndio toda hora. Toda hora chega uma pessoa com tentativa de suicídio, toda hora chega alguém com ideia suicida [...]” (P6)*

Uma das participantes parece tentar justificar porque se reconhece fazendo mais Atenção do que Reabilitação Psicossocial a partir de sua inserção/função no CAPS, reafirmando o manejo da crise como desafio que impõe o trabalho mais voltado para a Atenção Psicossocial, acrescentando ainda as demandas sociais como elemento que também acaba justificando esta condição:

*“Eu sinto muito isso assim, também, eu trabalho há alguns anos no período noturno né, então eu acho que eu estou muito mais na atenção do que na própria reabilitação, assim, de não participar em grupos, assim. Mas é... eu sinto o grande esforço da equipe assim, na reabilitação... eu vejo que a gente é muito convocado a apagar incêndios mesmo... Muitos casos sociais pipocando, é... temos vários casos em crise mesmo, em nosso leito, mas hoje aparecem muitos casos sociais para a gente dar conta, que a família mesmo não consegue e a gente acaba abraçando para poder... que acaba sendo um apagar incêndio mesmo no dia a dia e aí acho que isso vai, é... deixando, às vezes, um pouco a reabilitação de lado, apesar do enorme esforço que a equipe tem para fazer. Eu acho que apesar disso, ainda se consegue fazer uma boa reabilitação” (P8)*

Verifica-se no relato acima que, a despeito do alto investimento na Atenção Psicossocial – que vem identificada como ação “imediate”, manejo de demandas e

“urgências” que chegam no serviço – há sim um trabalho em torno da Reabilitação Psicossocial e que esta, inclusive se dá com qualidade. Em direção parecida, outra profissional apresenta suas reflexões, afirmando, inclusive, que o foco dos CAPS é a Reabilitação Psicossocial, apesar da configuração atual – proceder mais com a Atenção Psicossocial:

*“Então, eu acho que as pessoas, mais antigos, assim, eles conseguiam fazer muito mais reabilitação. Então, quando eu entrei no (nome do CAPS), por exemplo, tinham 80 pacientes, não sei, 80/90 pacientes né. Hoje a gente tem quatro vezes, então aí você vai ouvindo, você conhece pacientes que ó são pacientes antigos, você vê o avanço que teve!! Assim, então aquilo, para mim, é a reabilitação assim, né. Os pacientes vieram dos manicômios e hoje, assim, você vê a mudança, mas isso veio de um tempo muito atrás, que as pessoas conseguiram. Então aí hoje em dia acho que a gente consegue fazer isso um pouco melhor talvez a reabilitação mesmo, no sentido da palavra, mas acho que as moradias têm um pouco mais de atenção, acho que a gente consegue fazer isso, é, mas no dia a dia mesmo eu me sinto mais na atenção mesmo, na correria; tem que medicar, tem que ter leito, precisa sair correndo, precisa ir ali no hospital, precisa de uma vaga, então eu acho que a gente consegue fazer mais a atenção mesmo, embora a gente tenha, o foco seja a reabilitação, assim do CAPS em si, de todo o trabalho, o foco é reabilitar. A gente ainda consegue fazer algumas coisas, mas acho que a demanda aumentou muito, pela coisa, a precarização da rede, o problema social, acho que atrapalha muito a gente no dia a dia. Às vezes eu me sinto trabalhando num PS assim mesmo, no dia a dia estou quase num PS assim, correria” (P7)*

O tema da crise e sua relação com processos de Atenção e Reabilitação Psicossocial foi retomado no segundo encontro de Grupo Focal de Profissionais – assim como no segundo encontro de Grupo Focal com TO’s - sendo, inclusive, a primeira questão a ser levantada pelo grupo após a devolutiva do material produzido no primeiro encontro. Tratou-se de temática que permeou toda a discussão, especialmente porque neste segundo encontro os participantes se mostraram mais pessimistas em diversos momentos em função de cortes orçamentários para a saúde mental no município. Nesse contexto falou-se em crise sob dois aspectos: um relativo à experiência de intenso sofrimento vivenciada pelos usuários e o manejo dessa condição pelos profissionais, e outra relativa ou contexto político micro e macro e suas duras repercussões no âmbito da assistência em saúde mental no município.

Em relação ao primeiro aspecto, chama atenção a forma como dois participantes encaram a situação de lidar com a crise, adotando um discurso no qual a Atenção e a Reabilitação Psicossocial na crise ficam quase como um detalhe, uma observação:

*“Não que o cuidado durante a crise não seja, não tenha o seu caráter de reabilitação, de atenção também, é... mas muitas vezes a gente fica só na crise, no básico da crise né? Que é o que dá que também apareceu, está muito complicado” (P1)*

*“Acho que quando você fala isso né, da crise, não que na crise não tenha reabilitação, mas é isso, se faz aquele principal, depois você fala “vou fazer isso, vou fazer aquilo”, porque essa pessoa precisa disso, precisa daquilo, nem sempre acho que a gente consegue fazer tudo que a gente planeja, porque daí já vem outra crise, de outro usuário...” (P2)*

Em relação à crise sob o segundo aspecto, alguns participantes expressaram sua preocupação, reforçando as distintas dimensões acerca “desta crise” com que têm tido de lidar, destacando, em alguns momentos, o quanto o contexto atual se revela ainda mais frágil e deteriorado em comparação ao primeiro encontro do Grupo Focal, corrompendo conceitos e práticas, como vem expresso nos relatos a seguir:

*“[...] Essa foi uma coisa que eu pensei também: se era o momento de acrescentar mais coisas a toda essa discussão que foi super rica, porque sete meses depois (intervalo entre o primeiro e o segundo encontro do Grupo Focal) a coisa está um pouco pior por conta de uma crise que é geral entendeu? Então assim, a gente hoje recebe usuários de alta do (nome do Hospital Geral), por exemplo... que saem do mesmo jeito que entraram e vão direto, necessitariam de leito noite, sair de uma internação para outra, no mínimo e, muitas vezes, a gente não tem porque está com os leitos lotados, a gente tem morador em leito noite, é... Então assim [...] a crise está corrompendo os conceitos, corrompendo a prática, está virando, a gente está tendo que inventar uma coisa nova, um jeito novo porque, por enquanto, a gente não encontrou um que a gente diga: “assim está bom de trabalhar, nesse contexto” né...” (P1)*

*“É, mas é uma falência dos serviços de saúde mesmo sabe? Porque você vê, você não tem PS, não tem nem mal internação no hospital hoje que é o que nos resta praticamente o (nome do Hospital Geral), aí ele vai para o (nome do Serviço de Atenção Primária em Saúde), (nome do Serviço de Atenção Primária em Saúde) não tem clínico, não tem psiquiatra, não tem nenhum deles, aí o CAPS também está nessa situação, então, esse paciente está ficando perdido!” (P3)*

*“Fora uma coisa significativa nova no CAPS que eu acho que não estava há sete meses atrás que é a redução da alimentação! A redução da alimentação teve um impacto imenso, porque antes a gente servia acho que, por exemplo, 45 refeições por dia, agora são 20 no máximo [...] Teve um impacto tremendo assim, até a gente se adaptar a isso, tentar repensar, fazer novas propostas; por uns dois meses, a gente começou a funcionar muito ambulatorial assim, parecia muito ambulatorial, porque é isso, o cara não vai vir para ficar para uma oficina de música de manhã e fazer um futebol à tarde, ele tem que vir para o atendimento X e ir embora para a casa dele. Então acho que agora a gente está tentando*

*conversar e refletir sobre o trabalho, pensar novas estratégias, mas aí o impacto é muito grande...” (P9)*

*“E eu acho que tem uma coisa política também porque a gente faz a RAAS, então diminuindo a comida diminui o número de pacientes que vão; diminuindo o número de pacientes que vão nós vamos ter menos atendimento (registro de atendimento) isso vai virar uma estatística dizendo “para quê uma equipe de tantos para atender tantos?! olha aqui, está aqui, estatisticamente!”[...] e aí é uma boa justificativa para a redução de equipe, então é uma maquiagem assim...” (P4)*

Também ao término da leitura do compilado referente ao conteúdo do primeiro encontro de Grupo Focal com TO's (que ocorreu no encontro do Segundo Grupo Focal), a primeira questão colocada por um dos participantes foi novamente a crise enquanto um aspecto que ainda se fazia latente no contexto da prática de cuidado mesmo neste momento do segundo encontro, que ocorreu aproximadamente 7 meses depois do primeiro. O relato de T7, mas também os demais relatos a seguir, evidenciam preocupação e ênfase na dificuldade vivenciada em relação ao manejo da crise, especialmente em função da falta de recursos e, em última instância, do suporte dos leitos em Hospitais Gerais:

*“Essa questão da crise está pegando ainda né e acho que vai continuar pegando porque a gente não tem vaga no leito de hospitais gerais em momentos de crise e a gente está tendo que sustentar muita coisa que a gente não sustentava, então acho que o foco também está bem forte nisso, no nosso CAPS também, de como a gente vai se rearranjar e pensar nessas propostas de crise... Acho que está pegando e vai continuar pegando essa situação né, política pública acho que no momento não é abrir mais leitos em hospitais gerais...” (T7)*

*“E o uso também do leito nos CAPS né?! Que outros lugares, mais assim, a gente recebe e vocês também né? Então o (nome do Hospital Geral) liga e “ah, é que tem um problema na rede” aham! “o pessoal está aqui, preciso dar alta e daí vocês têm leito” e eu falei “então, né...” aí a gente tem que explicar “é o leito do CAPS...” e eles querem dar alta por transferência, não é alta hospitalar, eu falei “está de alta só se for hospitalar né” então hospitalar ele passa por uma triagem aqui e a gente vê, mas é um todo esse fluxo né?” (T1)*

*“É isso que a gente conversou no primeiro grupo né, é... da RAAS tudo, mas como tanto a crise está chegando no CAPS que agora a gente vê uma crise, é... mais nua e crua por que no CAPS chegava crise, mas não era tão, é... como eu vou dizer, tão à flor da pele que a (nome do serviço intermediário) recebia, eu acho que da (nome do serviço intermediário) já vinha um pouco menos intensa, [...] Apesar do (nome do Hospital Geral) ficar, às vezes, quatro, cinco dias e já dar alta, é muito complicado... eu acho muito complicado e uma crise financeira muito ruim, então a gente está pegando dois momento de crise bem difíceis: uma de se adequar... à crise do sujeito que está chegando, como que a gente lida com isso sem o aparato técnico, é... instrumental, como que, sem leito, sem lugar apropriado [...]” (T9)*



Os relatos revelaram, neste segundo encontro do Grupo Focal tanto de TO's quanto de Profissionais, que o que já estava difícil em termos de trabalho em rede e manejo da crise, quando no primeiro encontro do Grupo, após 7 meses piorou. Isso porque nesse período uma série de cortes financeiros e estruturais aconteceu no âmbito da saúde mental do município, comprometendo não só a assistência diretamente, mas também a estabilidade dos profissionais, exigindo destes habilidade para fazer rearranjos no processo de trabalho que parecem ter culminado em sobrecarga e excesso de tarefas.

Diante do quadro apresentado, importa considerar que, se a atenção à crise se mostra um dos pontos mais delicados e difíceis de lidar, revela-se igualmente estratégica e potente (AMARANTE, 2013) para consolidar o modelo de cuidado em saúde mental atualmente pretendido.

Ou seja, dentre os inúmeros aspectos que precisam ser investidos no campo para que, efetivamente, haja a ascensão e consolidação do paradigma psicossocial em lugar do asilar, está a responsabilidade pelo cuidado da crise. Isso porque, considera-se que a condução e o cuidado "satisfatórios" da crise, realizada a partir da inventividade necessária na articulação entre os distintos dispositivos territoriais da rede para o manejo de cada situação singular, é o que atesta e confirma na prática a não necessidade dos hospitais psiquiátricos e de todo seu aparato manicomial.

Obviamente essa é uma ideia de condição ideal e, sem dúvidas, bastante necessária e desejada por aqueles verdadeiramente comprometidos com uma assistência humana e em liberdade desde os primórdios do movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro. No entanto, a realidade vai deflagrando o quão desafiador é extinguir os hospitais psiquiátricos e instaurar uma rede de serviços substitutivos que funcione sinergicamente, ou seja, o quão desafiador é superar a força do modelo psiquiátrico instituído (que atualmente vem figurado por um grupo conservador que tenciona o retorno dos hospitais psiquiátricos e das internações) e, conseqüentemente, conseguir investimentos governamentais para a concreta implantação e consolidação do modelo psicossocial. Nessa direção, Magalhães e Onocko-Campos (2016, p. 35) consideram que

A forma como o cuidado à crise se dá na rede de saúde mental, permite-nos analisar sua amplitude e capacidade de resposta ao sofrimento psíquico, num sentido quantitativo, e a capacidade política em termos de capacidade de desinstitucionalização. Se a rede não ofertar respostas aos casos graves e às situações de crise, enveredamos por um caminho no qual os serviços substitutivos acabam se tornando dispositivos de uma ciranda sem vida e impotente, girando

sempre em torno do hospital psiquiátrico e, assim, justificando a sua existência prática e ideológica.

Em relação ao financiamento, é importante ressaltar que sem recursos desta natureza não há avanços e consolidação das propostas de cuidado atuais, ou seja, as leis, portarias e normativas são insuficientes para fazer acontecer a Reforma Psiquiátrica cotidianamente, a qual pressupõe além destas, a aprovação de orçamentos e o engajamento político para a alocação de recursos financeiros no campo da saúde mental (YASUI, 2016b).

Importa destacar que, em meio à discussão de toda uma crise multidimensional e multifatorial, despontou uma opinião que se opunha ao que vinha sendo dito e tecido pelo grupo (Grupo Focal de Profissionais) até então em relação à compreensão do cuidado e da estrutura necessária para sua operacionalização pautada na Atenção e Reabilitação Psicossocial:

*“[...] muitas vezes para um paciente é bom ele estar afastado da família, ele estar em um outro lugar em que ele tenha mais continência do que num CAPS; eu não sei como é o CAPS de vocês, mas lá na (nome do CAPS), por exemplo, uma pessoa com risco de fuga é impossível mantê-la no leito, e aí o cara sai que nem um louco, que nem um louco não, ele sai louco na rua, quase é atropelado, a gente vai atrás, entendeu? Então assim, é... eu acho que tem uma leitura do tratamento da psicose, que eu acho que tem alguns equívocos que o pessoal chama dos mentaleiros até a reforma psiquiátrica, que eu acho que foi muita coisa maravilhosa da reforma, mas algumas leituras meio equivocadas, eu acho, por exemplo, eu acho que internação que não é em CAPS eu acho legal. Claro, não vai deixar o cara contido durante muito tempo, não vai silenciar ele com medicação, é tratar da crise, e o que está acontecendo que eu vejo lá na (nome do CAPS) é isso, que agora todas as crises vão para lá, então muitas crises que a gente recebia e que a gente achava melhor internar para a pessoa ficar em um lugar mais continente, ela ficar mais protegida, inclusive de si mesma, agora a gente tem que colocar ela lá, e nós não temos equipamento pra fazer isso. Então eu acho que tem uma crise, é... de leitura de tratamento, sei lá se a gente pode chamar ideológica e tem essa crise toda política, né” (P4)*

Hipotetiza-se, a partir da declaração acima, que a forma como os “desmontes” vêm ocorrendo no sistema de saúde mental no município é o que pode estar nutrindo ideias e posicionamentos tais como o demonstrado pela participante, ou seja, opostos ao que vem preconizado no atual modelo de cuidado em saúde mental no Brasil e, em alguma medida, fazendo memória de práticas concernentes à lógica asilar.

As dificuldades apresentadas, a partir da perspectiva dos participantes no primeiro encontro do Grupo Focal de TOS's, parece comprometer outro aspecto do modelo assistencial em saúde mental que é o trabalho em rede, o que novamente reafirma e parece condicionar



uma prática atual que garante apenas proceder em torno da Atenção Psicossocial, ficando a Reabilitação Psicossocial em segundo plano, como se verifica a seguir:

*“Uma coisa que eu vou sentindo hoje, que parece que a gente fica mais atento para a atenção porque, é, no momento da rede assim né, está muito difícil da gente ter perna para cuidar da reabilitação [...]” (T2)*

*“[...] e aí, às vezes, a rede, ela está tão quebrada que é isso que a (fazendo referência ao participante T2) fala, tem pacientes que não precisariam estar lá, poderiam estar dando conta da vida em outros lugares, mas que lugar seria esse se eu não tenho essa rede, como é que eu encaminho né, e aí vai ficando, ficando, ficando e aí o próprio estar ali pode ser um fator adoecedor, então como é que a gente cuida disso, como é que a gente consegue, é... ir tentando, enfim, se aproximar assim de outros agentes né [...]” (T3)*

Adicionalmente, um participante ilustra de que forma a fragilidade da rede tem se configurado e, conseqüentemente, fragilizado ações de Reabilitação Psicossocial:

*“Acho que o momento da rede está pouco nos possibilitando desse fazer da reabilitação; acho que a gente tem poucos parceiros né, não dá para só pensar que é o profissional do CAPS que vai fazer reabilitação, a gente precisa de outros parceiros e a gente tem poucas possibilidades de parcerias... não só com a rede de saúde, estou pensando também que a cidade está um caos né... a gente não tem cultura, a gente não tem parceria com a educação, a gente não tem parceria com outras coisas” (T2)*

Os discursos revelam que a dificuldade de estabelecer parcerias com outros serviços e setores compromete o “ir para fora”, a inserção do sujeito em outros espaços, bem como sua vinculação a outras propostas e projetos de vida, aspectos estes que vêm concebidos pelos participantes como proceder com a Reabilitação Psicossocial.

Questiona-se, no entanto, o que exatamente significa, para os participantes, quando mencionam possuírem uma “rede quebrada”, estarem com “ausência de uma rede”, ou ainda o que tem comprometido o estabelecimento de parcerias com outros setores? Justifica-se que a compreensão sobre o que realmente tem dificultado o estabelecimento de uma rede é um importante caminho para começar a se pensar estratégias de solução de problemas, tais como, a possibilidade de diálogo e pactuações entre os serviços, quantidade de dispositivos de distintos setores no município, uma política municipal que viabilize recursos etc.

A noção de rede, quando incorporada à ideia de integralidade do cuidado no âmbito da clínica psicossocial, evidencia que o cuidado em saúde mental não se restringe às instituições tradicionais, mas antes que faz composição com uma ampla gama de ações que contemplam o

território, a participação comunitária, a intersetorialidade, a atenção básica, a estratégia de saúde da família, o apoio matricial, elementos estes oriundos do campo da saúde coletiva. Nesse sentido, aponta-se que a estruturação de uma rede de cuidados em saúde mental está condicionada, também, aos avanços em termos de políticas públicas municipais, e às conquistas em termos de dispositivos da saúde coletiva e articulação entre estes (BALLARIN, et al., 2011).

Como nos discursos falta uma clareza e refinamento acerca destes entraves, questiona-se: a dificuldade tem sido o estabelecimento do diálogo e a negociação com outros serviços e setores do município? A dificuldade tem sido a compreensão de outros serviços e profissionais acerca da importância de tal parceria e da constituição da rede para a efetivação do cuidado em saúde mental? Tem havido recusa de outros serviços em receber esta população ou trabalhar conjuntamente com os profissionais da saúde mental? Ou, de fato, o município tem escassez de serviços e dispositivos como cultura e educação, como sugerido na afirmação de T2?

Tais questionamentos se justificam também, na medida em que, os resultados oriundos dos Formulários de caracterização dos CAPS – respondidos pelos participantes dos Grupos Focais (seja TO's ou demais Profissionais) - revelaram uma gama de parcerias que são estabelecidas entre os CAPS e os demais serviços do município, os quais se enquadram no setor saúde, cultura, justiça, educação e parceria com associações e movimentos comunitários.

Fica, pois uma interrogação acerca de qual lente foi utilizada pelos participantes para a leitura das dificuldades e entraves vivenciados, e o alerta para a importância de discussão nesse âmbito com vistas a identificar onde reside a dificuldade efetivamente para então se buscar estratégias para minora-las.

De maneira semelhante, as participantes no primeiro encontro do Grupo Focal de Profissionais também mencionaram, porém a partir de exemplos, as dificuldades em se proceder com a Reabilitação Psicossocial e mesmo em mantê-la em função, principalmente, da fragilidade da rede para a continuidade das ações de Reabilitação Psicossocial que implementam e também em função do contexto social, como se verifica nas falas a seguir:

*“Não, eu fiquei pensando nessa questão do termo né, da atenção, da reabilitação, de fato, eu acho que a reabilitação ela exige um investimento, ela exige uma constância, uma existência, uma criatividade, um procurar meios, principalmente se a gente pensa hoje, né, na quantidade de recursos que a gente vem perdendo, que a gente, é... e aí eu acho que isso vai se perdendo mesmo no dia a dia. A gente acha que ainda está fazendo porque a gente insiste,*

*porque a gente está no dia a dia, mas às vezes eu, é... eu paro e me pergunto, assim, de fato, o que que a gente está fazendo?” (P5)*

*“Então completando só o que ela está falando, completando um pouco, eu fico pensando na nossa dificuldade né, nessa reabilitação que é isso, é longo, é demorado, tem um trabalho, muitas vezes tem muito sucesso, acho que tem casos que a gente tem sucesso, mas a gente parte muito daquilo da sociedade, então se está doente, família, os serviços de saúde né, que é o nosso apoio, a gente vai acorda lá, reabilitamos, vamos fazer uma parceria com o CS, a gente começa o matriciamento, mas... em algum momento a equipe de lá também não consegue dar conta. Então você deixou redondinho, mas os agentes de saúde não conseguiram fazer a visita, não conseguiram entrar na casa e aí falta tudo né, ou então a família não tem o apoio, aí ficam com a gente, reabilitou, vai faz o leito dia, passa todos os dias no CAPS, aí você fala “nosso ideal talvez seja diminuir o tempo dele”, aí vai duas vezes por semana, que agora fizemos lá o apoio com a família, e aí a família está doente, né!” (P3)*

*“Mas porque que não vai dar? Justamente por causa disso, porque quando ele começa a ser macro e ele esbarrar no (nome do Serviço de Atenção Primária em Saúde) que não faz parte dele, mas a gente não pode discutir com eles porque a gente conhece a realidade deles, né, do território [...] Então, acho que todos esses entraves que a gente tem faz com que sejamos tão, às vezes, travados ou engessados dentro dessa questão do reabilitar que a gente meio que fica sem saber o que fazer nesses casos emblemáticos, né. Que a gente olha e fala “e agora o que é que faço? Para onde eu vou, né?” Aí você pede ajuda para a instituição e você não consegue; você pede ajuda não sei para quem e você não consegue, você pede ajuda para outras instâncias e as respostas são sempre negativas e aí você fica lá, sem saber o reabilitar, só cuidando da atenção mesmo, da crise propriamente dita” (P10)*

*“Fico meio desanimada, meio desesperançosa de vez em quando assim, hoje! Porque, não, é assim, sem esperança é... sem esperança um pouco eu fico. Então, atualmente eu estou um pouco assim, diante do que o município está nos ofertando né, uma dificuldade em todos os serviços de apoio. Então, às vezes, você faz um projeto, teve uma ideia super bacana e, que assim, não teve retorno né? Então, você reabilita o indivíduo, aí ele volta, tudo bem, isso vai acontecer, mas você vê que volta porque não teve esse apoio dos serviços de apoio, não teve, né... continuidade daquele trabalho...” (P3)*

Verifica-se nos relatos anteriores que o investimento para se proceder efetivamente com a Reabilitação Psicossocial é alto, exige uma gama de aspectos da vida do sujeito, seu entorno, família e principalmente a articulação com outros serviços. Ainda, os discursos supracitados parecem sugerir que a dificuldade para a construção e manutenção do trabalho em rede reside no diálogo e pactuação continuada entre profissionais dos distintos

dispositivos, além de aspectos que são intermitências da vida e que, assim como na vida de qualquer um, também acometem os usuários e familiares da saúde mental.

Nesse sentido, dentre os possíveis desafios vivenciados, talvez um deles esteja em

[...] negociar, articular e estabelecer alianças capazes de produzir uma força sinérgica para criar soluções e respostas aos problemas complexos que se apresentam, buscando superar a fragmentação dos conhecimentos e a separação das ações. Numa palavra, busca-se a intersetorialidade na urdidura da trama dessa rede de cuidados (YASUI, 2010, p. 154).

Verifica-se nos relatos que os desafios e dificuldades têm sido grandes e que, inclusive, gera desespero e indignação, como mostra o relato de P9 durante a discussão em grupo. Houve a apresentação de situações bastante emblemáticas por P9 como forma de exemplificar como tem sido difícil e solitário o trabalho nos serviços em função da falta de apoio, recursos pessoais e materiais, bem como de articulações consistentes com outras instâncias. No momento desta apresentação, o grupo pareceu se identificar, mas também se mobilizar diante do relato e angústia esboçada pela participante.

*“Como a gente vai reabilitar, como a gente vai dar atenção às pessoas porque, ultimamente, nos últimos 3, 4 meses a atenção que a gente tem dado é corpo a corpo, vou te segurar para você não botar fogo, vou te segurar... tentar fazer passeios, Centro de Convivência, levar, vamos fazer, NÃO gente, as oficinas estão cada vez mais paradas, as oficinas estão cada vez mais esvaziadas porque não tem profissional, o profissional que tem é: quem vai cuidar da (nome da usuária) que é uma outra grave, então, das 8h às 9h é um com a (nome da usuária), das 8h às 9h é outro com a (nome da usuária), das 8h às 10h é outro com a fulana, porque são 9 no leito, então quem que vai ficar? Portão, não tem porteiro!!!! Hoje quem vai ficar na escala do porteiro? Assim, não tem porteiro. Ah, o moço do café está de, chama, divide aí, cada um com uma paciente que está grave, outro para o portão e outro para o café, pronto falei!” (P9)*

No segundo encontro do Grupo Focal de TO's a fragilidade da rede de cuidados e os desafios consequentes a essa condição foram novamente retomados pelos participantes. Na ocasião, o grupo, tomando a operacionalização da Reabilitação Psicossocial como pano de fundo (novamente), problematizou o quanto ela está condicionada à maneira como os profissionais concebem e operam a prática nos dispositivos de cuidado como CAPS, Residências Terapêuticas e a consequente dificuldade de construção da rede, como se verifica nos relatos a seguir:

*“[...] uma das psicólogas fez o levantamento da mini equipe dela. Quanto tempo os usuários estão inseridos no CAPS da mini equipe dela. Tem gente que está há 20 anos, sabe? E aí assim, é... nossa eu fiquei pensando muito nisso, e daí você falando de reabilitação e daí eu falando como profissional, de fazer essa revisão. O CAPS é para ficar lá de eterno, quando a gente fala de rede, que rede é essa? [...] eu fiquei revendo, porque assim, a gente faz todo um trabalho de matriciamento, ou então de tentar construir uma rede lá fora. Para isso eu falo “olha, o (nome do Serviço de Atenção Primária em Saúde) é mais perto da sua casa e você tem que falar isso para os profissionais do (nome do Serviço de Atenção Primária em Saúde) também”, que não é tão simples, né? É... não, é que me veio isso, a gente está falando de reabilitação e de quanto se cronifica, às vezes, na nossa própria prática, de ficar lá, porque eu sempre acho assim: o CAPS é uma passagem também; tudo bem tem gente que precisa desses 20 anos de estar lá, que são casos complexos, mas a gente pode compartilhar o caso, eu acho que a gente é... precisa ampliar isso, tem muita gente que é só no CAPS mesmo e não tem outro compartilhamento [...] a gente, às vezes, perde um pouco desse conceito do que é essa reabilitação, mesmo moradia, a gente faz uma discussão que não é porque foi para a moradia que vai sempre ficar em moradia. Será que a gente não pode usar em outros projetos?” (T1)*

*“[...] e aí têm pacientes lá com prontuário único que está ainda, e aí entra a questão da rede, que rede é essa né? Que a gente fala tanto, que processo de trabalho nosso é esse de matriciamento, e aí na hora de fazer uma... Que é isso né, tanto o CAPS, quanto a moradia supostamente são projetos que teriam que ser transitórios, né; lá no nosso programa de moradia, a gente teve vários pacientes que saíram, que foram morar sozinhos, que foram morar em pensões. A gente conseguiu fazer esse trabalho. Todos têm lá o registro, a inscrição na COHAB, esperando a casa própria. E... e os pacientes que estão no tratamento do CAPS, a ideia é essa também, a gente conseguir possibilitar a reabilitação e a estabilização do quadro, entre aspas, e remeter a uma alta para o (nome do Serviço de Atenção Primária em Saúde), por um acompanhamento não tão intensivo como supostamente seria no CAPS, mas isso na prática e no dia a dia é uma luta, por várias questões; principalmente nas equipes das unidades básicas, que vivem flutuando; não tanto com psicólogo e TO, mas principalmente com psiquiatra. E aí ora você tem a equipe no local de referência com clínico, com outros profissionais que se apropriam bem da saúde mental, ora você não tem. Você tem lá uns 10 pacientes dizendo que têm indicação de alta e acompanhamento na unidade básica e que você não consegue mandar porque a unidade não recebe” (T5)*

O que parece ter surgido neste segundo encontro de Grupo Focal com TO's em torno da dificuldade com o trabalho em rede e as implicações para a operacionalização da Reabilitação Psicossocial, iniciada no primeiro, é uma espécie de aprofundamento das reflexões, ou seja, o quanto a dificuldade no trabalho em rede também compromete a própria função dos CAPS e mesmo das Residências Terapêuticas, que na concepção dos profissionais deveriam figurar como dispositivos transitórios, apenas como suporte e sustentação para a possibilidade de uma vida comunitária e inclusiva.

Nesse sentido, o resultado oriundo da pesquisa desenvolvida por Moreira e Onocko-Campos (2017), cujo objetivo foi analisar ações em saúde mental a partir da Rede de Atenção Psicossocial pela perspectiva dos usuários, parece validar a preocupação e as reflexões produzidas pelos participantes da presente pesquisa, validação esta feita pelos usuários, que revelaram que os limites encontrados no desenvolvimento do trabalho em uma rede de atenção psicossocial apresentam-se como um dos importantes desafios para os usuários no que se refere à construção de novos modos de viver partindo de novas trajetórias com vistas a ampliar sua inserção social.

Argumenta-se que as preocupações e reflexões apontadas pelos participantes além de legítimas são bastante relevantes, uma vez que possibilitam o resgate sobre qual o ideário que subsidia toda a atual estrutura de serviços para o cuidado em saúde mental, ou seja, o que, de fato, se almeja quando se opera da maneira como vem retratada pelos participantes da pesquisa e em consonância com os princípios e diretrizes do movimento de Reforma Psiquiátrica.

Diante das condições e da tônica com que as dificuldades foram sendo anunciadas, duas participantes do Grupo Focal de Profissionais verbalizaram a maneira como têm lidado com a situação. Uma delas parece investir no contraponto, buscando apresentar um olhar e ações possíveis, a partir de uma experiência de reorganização e trabalho conjunto da equipe dentro do próprio serviço, como estratégia para lidar com a dificuldade de fazer a Reabilitação Psicossocial, mas ao mesmo tempo também mantê-la. Outra participante parece fazer uma fala que, embora seja uma espécie de contraponto, se releva como “conformismo”, provavelmente como estratégia para administrar a situação que vem vivenciando no cotidiano do trabalho:

*“Eu já aprendi, assim, já teve caso que eu fiquei super entusiasmada que o cara parou de tomar a medicação, foi trabalhar, sabe, deu tudo certo! um ano e pouco depois ele voltou muito pior do que ele estava. Então, é algo que está ali e que vai e volta que eu acho que é a gente aprender a lidar com a frustração de, sei lá, se você tem, vê que tem tanta possibilidade ali, mas aquilo, poucas coisas vão se realizar, por falta do entorno, para ajudar aquilo e outro por questões psíquicas mesmo desse paciente. Então... é difícil...” (P4)*

Uma participante, numa espécie de síntese reflexiva, faz apontamentos sobre as condições de proceder com a Atenção Psicossocial e a Reabilitação Psicossocial, destacando que, embora estejam misturadas, os enfrentamentos do dia a dia têm impossibilitado proceder com estas da forma como julga ser necessário e da maneira como gostaria:

*“Para mim esse termo vem sempre acompanhado assim de uma pitadinha de nostalgia, é... com tudo o que a gente já falou, crise, local, atenção... reabilitação também porque eu acho que está meio misturado assim, nós estamos falando de atenção, é... porque como de tudo isso, dessas armadilhas aí que atravessam a gente e... desviam um pouco o que a gente gostaria de fazer, a gente fica sempre com aquela nostalgia assim “ah, como seria bom se desse para fazer uma atenção, uma reabilitação do jeito que a gente sabe, do jeito que a gente gostaria né, se tivesse, se estivéssemos em outras condições né, mais CAPS, equipes mais, é... mais robustas, mais... redes de serviços, rede de atenção, então” é... é isso que me ocorre assim. Uma nostalgia que acompanha o tempo” (P1)*

Por outro lado, embora no segundo encontro de Grupo Focal tenha havido grande ênfase acerca das dificuldades atuais e um evidente pesar diante da situação, duas participantes, já em vias da finalização do encontro, fizeram apontamentos que remetem à esperança, ao resgate da força e da luta, modificando evidentemente, ao menos naquele momento, o clima de tensão que pairava no ar, possibilitando uma finalização mais leve.

Os relatos a seguir ilustram o momento:

*“Mas se for ver, no início da reforma psiquiátrica não foi diferente! O contexto era de crise e foi uma reação à crise que borbulhou...” (P1)*

*“É, lembrar toda a reforma, porque eu acho também que está se esquecendo o porquê que foi feito, para as pessoas saberem, né retomar, conhecer novamente o que é né? O que foi a reforma!” (P3)*

Das idas e vindas nos processos reflexivos que a discussão coletiva possibilitou, parece que, a despeito das dificuldades apontadas e bastante debatidas pelos participantes, este coletivo se dedicou a olhar para as distintas dimensões que compõem a prática nos CAPS e a potência de suas práticas, com destaque para os conceitos e concepções que subsidiam o campo, os quais emergiram a partir do convite para pensar sobre Reabilitação Psicossocial e Atenção Psicossocial.



## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como Objetivo Geral compreender e analisar as concepções teórico-práticas acerca da Atenção Psicossocial e da Reabilitação Psicossocial que vêm contribuindo para a conformação atual do campo de atenção em saúde mental no Brasil.

Nesse sentido, um primeiro aspecto a ser pontuado é que o levantamento e sistematização dos materiais para a construção dos capítulos teóricos desta tese auxiliaram na compreensão de que as noções de Reabilitação Psicossocial e Atenção Psicossocial, além de guardarem parte expressiva da história de transformação do campo assistencial em saúde mental no Brasil, revelam-se tradutoras importantes de conceitos, pressupostos e correntes de pensamento que subsidiam o aparato assistencial deste campo.

Diante destes apontamentos, antecipa-se que podem ser consideradas como dimensões importantes quando na compreensão e aprendizagem sobre quais aspectos compõem o campo da saúde mental, colocando como exigência ética, técnica e política para os formadores não só a abordagem de Reabilitação Psicossocial e Atenção Psicossocial, mas seu histórico de constituição, as rupturas com modelos teóricos e práticos que propõem, as novas construções que ensejam operacionalizar e à lógica que respondem.

Descende destas observações que, embora em alguns momentos no presente estudo - seja pela forma de escrita, seja pela essência dos resultados ou a maneira como foram descritos - a impressão possa ser a de que nossa defesa seja pela distinção entre Reabilitação Psicossocial e Atenção Psicossocial, espera-se que as elaborações, reflexões e reelaborações deem conta de evidenciar que as compreendemos como desdobramentos de uma história maior de transformação do campo da saúde mental brasileira. Além disso, ainda que possam apresentar “histórias paralelas” e guardar determinadas especificidades e particularidades, este estudo não se ateve a elas, mas buscou compreender, na coexistência de ambas, de que forma isso se expressa atualmente, e principalmente, tanto no campo teórico-conceitual quanto no técnico-assistencial e os impactos disso no cenário da prática profissional.

Assim, no que se refere aos resultados oriundos dos dois Grupos Focais com Terapeutas Ocupacionais, foi possível verificar que Reabilitação Psicossocial e Atenção Psicossocial foram apresentadas como concepções distintas e isso foi apontado de imediato sem hesitação, embora sustentar tal diferenciação, por meio de elementos concretos e conceituais, não tenha sido algo tão simples, o que por vezes no discurso mostrou-se controverso, revelando que esta não é uma discussão familiar e que na prática aparenta ter desdobramentos diferentes do que se discursa. Mais do que isso, acredita-se que sustentar a



diferenciação tenha sido reflexo tanto de uma leitura mais literal das perspectivas feita pelos participantes, quanto resultado de fragilidades no roteiro de condução de Grupo Focal, que pode, de certa forma, ter induzido este posicionamento dos participantes.

Ainda, ficou evidente o quanto os terapeutas ocupacionais têm proximidade e parecem conseguir estabelecer articulações entre Reabilitação Psicossocial e o núcleo da terapia ocupacional, revelando contribuições importantes dos pressupostos da Reabilitação Psicossocial para a prática dos TO's nos CAPS. Por outro lado, isso não aconteceu em relação à Atenção Psicossocial, revelando uma espécie de vazio quando na busca pela discussão e produção de reflexões sobre esta e a terapia ocupacional. Hipotetiza-se que, apesar de Atenção Psicossocial constar em Portarias, nomes de dispositivos e Rede, ainda não existe uma cultura forte acerca de sua abordagem de maneira mais precisa e crítica nos espaços formativos, revelando-se lacuna importante na formação dos futuros profissionais do campo da saúde mental.

Em relação ao Grupo Focal composto pelos demais profissionais, foi possível verificar que a discussão proposta sobre Reabilitação Psicossocial e Atenção Psicossocial, diferente do que aconteceu no grupo formado somente por terapeutas ocupacionais, gerou certo estranhamento e, embora as participantes tenham concluído, por iniciativa própria, que se tratavam de perspectivas distintas, os discursos pareceram, por vezes, caminhar em direções comuns no que diz respeito às definições trazidas tanto para Reabilitação Psicossocial quanto para a Atenção Psicossocial. Adicionalmente, para este grupo, a perspectiva de Atenção Psicossocial também veio associada à ideia de CAPS e à ideia de atenção à crise.

Ainda, no Grupo Focal de Profissionais uma série de discursos e descrições de exemplos de prática revelou resquícios de uma lógica manicomial, bem como a concepção de reabilitação sob uma lógica físico-ortopédica, condição preocupante, especialmente em função dos atuais desmontes que vêm sendo praticados no âmbito da saúde mental.

Sobre os atuais desmontes supracitados - e os impactos negativos destes sobre a política e serviços de saúde mental - vale aqui localiza-los como reflexo direto do atual contexto político para reafirmá-los enquanto circunstância/variável importante na leitura dos resultados do presente estudo.

Nesse sentido, as decisões políticas e as agendas previstas para a saúde mental vêm, desde 2016, descrevendo um contra movimento em relação às conquistas que vinham sendo alcançadas pelo movimento de Reforma Psiquiátrica, iniciado no final dos anos 70. Ou seja, no momento em que há cortes orçamentários para subsidiar a implantação e manutenção de

serviços substitutivos como CAPS, SRT, por exemplo, mas ao mesmo tempo aumento no repasse de verba para a contratação de leitos em hospitais psiquiátricos, vai ficando claro o direcionamento para o modelo pretendido, ou seja, a retomada do modelo asilar. O que se verifica é que esta derrocada tem gerado fragilização nas condições de trabalho, cortes cada vez maiores e sucessivos nos recursos materiais e humanos, bem como a extinção de normativas que subsidiam e sustentam o atual modelo psicossocial gerando pesar, desânimo e desesperança em atores fundamentais deste sistema de cuidado, ou seja, os profissionais. Além de causar efeito devastador aos principais atores do campo da saúde mental, os usuários dos serviços.

Finalmente, o estudo revelou, em ambos os grupos, que a crise dos usuários, a crise financeira e de recursos outros representam desafios importantes para a prática do cuidado fundamentada nas noções de Reabilitação Psicossocial e Atenção Psicossocial.

Ressalta-se que, para além de compreender e analisar as noções de Reabilitação Psicossocial e Atenção Psicossocial a partir das reflexões produzidas pelos participantes, o presente estudo permitiu acessar de que forma os profissionais que atuam diretamente no cuidado aos usuários têm operacionalizado o atual “modelo” de saúde mental pretendido – embora ameaçado - bem como a maneira como as transformações no campo da saúde mental têm sido metabolizadas por estes sujeitos e utilizadas como parâmetros para a construção de estratégias de intervenção.

Espera-se que o presente estudo contribua para a compreensão acerca dos conceitos e práticas pretendidos pelo atual campo da Atenção Psicossocial, bem como estimule a produção de novos estudos neste campo respondendo à demanda apontada pela literatura da área.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D. T.; TREVISAN, E. R. Estratégias de intervenção da terapia ocupacional em consonância com as transformações da assistência em saúde mental no Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 299-307, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/aop3110.pdf>>. Acesso em: maio. 2012.

AMARANTE, P. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 61 – 77, jul./out. 1994.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMARANTE, P. Algumas observações críticas sobre a formação em saúde mental. In: LOBOSQUE, A. M. (Org.) **Caderno Saúde Mental 3 – Saúde Mental: os desafios da formação**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2010. p. 95 – 105.

AMARANTE, P. A (Clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In:\_\_\_\_\_. **Teoria e crítica em saúde mental: textos selecionados**. São Paulo: Zagodoni, 2015a, p. 109 – 126.

AMARANTE, P. Cultura da formação: reflexões para a inovação no campo da saúde mental. In:\_\_\_\_\_. **Teoria e crítica em saúde mental: textos selecionados**. São Paulo: Zagodoni, 2015b, p. 99 – 108.

AMARANTE, P. Loucura, Cultura e Subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica brasileira. In:\_\_\_\_\_. **Teoria e crítica em saúde mental: textos selecionados**. São Paulo: Zagodoni, 2015c, p. 15 – 52.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

AMARANTE, P. D. C.; TORRE, E. H. G. A constituição de novas práticas no Campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26 – 34, maio/ago. 2001.

ANTONACCI, M. H. et al. O trabalho no serviço residencial terapêutico: possibilidades na reconstrução de vidas fora dos manicômios. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 831 – 839, jul./set. 2017. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5582>>. Acesso em: jun. 2019.

AYRES, J. R. C. M. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 11 – 23, jun. 2009. Disponível em: <

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902009000600003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902009000600003&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em jun. 2019.

BABINSKI, T.; HIRDES, A. Reabilitação psicossocial: a perspectiva de profissionais de centros de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.13, n. 4, p. 568 – 576, out./dez. 2004.

BALLARIN, M. L. G. S.; CARVALHO, F. B. Considerações acerca da reabilitação psicossocial: aspectos históricos, perspectivas e experiências. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 162 – 170.

BALLARIN, M. L. G. S. et al. Centro de Atenção Psicossocial: convergência entre saúde mental e saúde coletiva. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 16, n. 4, p. 603 – 611, out./dez. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722011000400011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722011000400011)>. Acesso em: jun. 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2008.

BARROS, D. D. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In: AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FioCruz, 1994. p. 171 – 195.

BARROS, S.; CLARO, H. G. Processo ensino aprendizagem em saúde mental: o olhar do aluno sobre reabilitação psicossocial e cidadania. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 700 – 707, jun. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000300022](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300022)>. Acesso em maio 2019.

BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F.; SILVA, A. L. A. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. Esp, p. 815 – 819, dec. 2007.

BELMONTE, P. O campo da Atenção Psicossocial: formar e cuidar no curso de qualificação na atenção diária em saúde mental (CBAD). **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 4, n. 1, p. 187 – 198, mar. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462006000100012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462006000100012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: mar. 2017.

BENETTON, M. J. Terapia Ocupacional e Reabilitação Psicossocial: uma relação possível? In: PITTA, A. M. F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 143 – 149.

BENETTON, M. J. **Trilhas Associativas: ampliando subsídios metodológicos à clínica da terapia ocupacional**. 3. ed. Campinas: Arte Brasil, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_caps.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_caps.pdf)>. Acesso em: abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho**. Brasília, 2005a. (Série D. Reuniões e Conferências). Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude\\_mental\\_economia\\_solidaria.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_mental_economia_solidaria.pdf)>. Acesso em: nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005b. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio\\_15\\_anos\\_caracas.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf)>. Acesso em: jul. 2011.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 353**, de 7 de março de 2005c. Institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária e dá outras providências. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-353.htm>>. Acesso em: jul. 2013.

BRASIL. **Portaria nº 1.169/GM** de 7 de julho de 2005d. Destina incentivo financeiro para municípios que desenvolvam projetos de Inclusão Social pelo Trabalho destinados a pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e dá outras providências. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1169.htm>>. Acesso em: jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação de Saúde Mental. Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria Nacional de Economia Solidária. **Relatório Final do Grupo de Trabalho Saúde Mental e Economia Solidária** instituído pela Portaria Interministerial nº 353, de 7 de março de 2005. Brasília, 2006a. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/recomendacoes\\_econ\\_solidaria.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/recomendacoes_econ_solidaria.pdf)>. Acesso em: fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 2**, Brasília, v. 1, n. 2, jan/jul. 2006b. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude\\_mental\\_dados\\_2.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_mental_dados_2.pdf)>. Acesso em: jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003 –

2006. Ministério da Saúde: Brasília, 2007. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio\\_gestao\\_saude\\_mental\\_2003\\_2006.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_gestao_saude_mental_2003_2006.pdf)>. Acesso em: jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental e economia solidária**: inclusão social pelo trabalho. Balanço da política, análise da expansão da rede brasileira de saúde mental e economia solidária, e agenda para os próximos anos. Brasília, 2010a.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2011\\_2\\_1relatorio\\_IV.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2011_2_1relatorio_IV.pdf)>. Acesso em: jul. 2013.

BRASIL. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 11**, Brasília, v. 7, n. 11, out. 2012a.

BRASIL. **Portaria nº 132**, de 26 de janeiro de 2012b. Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0132\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0132_26_01_2012.html)>. Acesso em: jul. 2013.

BRASIL. **Decreto nº 8.163**, de 20 de dezembro de 2013. Institui o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e Cooperativismo Social – Pronacoop Social, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8163.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8163.htm)>. Acesso em: jan. 2013.

BRASIL. **Portaria nº 3.588**, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html)>. Acesso em jun. 2019.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219 – 230. 2000.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 137 – 170.

CONSTANTINIDIS, T. C.; CUNHA, A. C. Desinstitucionalizando conceitos: a terapia ocupacional em busca de um (novo) lugar no cenário da saúde mental. In: MATSUKURA, T. S.; SALLES, M. M. (Orgs.). **Cotidiano, atividade humana e ocupação**: perspectivas da terapia ocupacional no campo da saúde mental. São Carlos: EdUFSCar, 2016. p. 37 – 59.

CORTES, H. M.; BARROS, S. Reabilitação psicossocial de moradores de um serviço residencial terapêutico. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 7, n. 2, p. 148 – 163. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/12313/7885>>. Acesso em: jun. 2019.

COSTA, L. A.; ALMEIDA, S. C.; ASSIS, M. G. Reflexões epistêmicas sobre a terapia ocupacional no campo da saúde mental. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 23, n. 1, p. 189 – 196, 2015.

COSTA, C. M.; FIGUEIREDO, A. C. Apresentação. In: COSTA, C. M.; FIGUEIREDO, A. C. (Orgs.). **Oficinas terapêuticas em saúde mental**: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004. p. 7 – 10.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141 – 168.

COSTA-ROSA, A. **Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica**: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. São Paulo: Unesp, 2013.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (Coord.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003, p. 13 – 44.

COSTA-ROSA, A.; YASUI, S. Algumas notas para pensar a psiquiatria psicossocial. In: RABELO, I. V. M.; TAVARES, R. C.; FARIA, Y. R. A. (Orgs.). **Olhares – experiências de CAPS**: Centro de Atenção Psicossocial. Goiânia: Kelps, 2009, p. 123 – 137.

DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. Caminhos da Terapia Ocupacional. In: \_\_\_\_\_. (Orgs.). **Terapia Ocupacional no Brasil** – Fundamentos e perspectivas. São Paulo: Plexus, 2001. p. 19-40.

DELGADO, P. G. G. O desafio da produção de conhecimento sobre a reforma psiquiátrica brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 312, fev. 2015a.



DELGADO, P. G. G. Limites para a inovação e pesquisa na reforma psiquiátrica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 13 – 18, jan./mar. 2015b.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da Unesp**, v. 6, n. 1, p. 60 – 79, 2007.

FERIGATO, S. H. et al. As residências terapêuticas e a clínica do cotidiano: contribuições da terapia ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 80 – 87, jan./abr. 2016. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/98242>>. Acesso em: jun. 2019.

FERREIRA, A. B. H. **Minidicionário Aurélio da língua portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 1993.

FIORATI, R. C. **A organização dos serviços extra-hospitalares de saúde mental, o projeto terapêutico e a inserção da reabilitação psicossocial**. 2010. 242f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

FIORATI, R. C.; SAEKI, T. A inserção da reabilitação psicossocial nos serviços extra-hospitalares de saúde mental: o conflito entre racionalidade instrumental e racionalidade prática. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 76 – 84, jan./abr. 2011.

FRANCISCO, B. R. **Terapia ocupacional**. Campinas: Papyrus, 1988.

GALHEIGO, S. M. **Terapia ocupacional: a produção do conhecimento e o cotidiano da prática sob o poder disciplinar - em busca de um depoimento coletivo**. 1988. 84 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1988.

GALHEIGO, S. M. et al. Produção de conhecimento, perspectivas e referências teórico-práticas na terapia ocupacional brasileira: marcos e tendências em uma linha do tempo, **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 26, n. 4, p. 723 – 738, 2018. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/2302/1039>>. Acesso em: jun. 2018.

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

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONDIM, S. M. G. Grupos Focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos, **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 24, p. 149 – 161, 2002. Disponível em: <



[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-863X2002000300004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2002000300004)>.

Acesso em: abril. 2018.

GOLDBERG, J. I. Reabilitação Psicossocial como processo. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). In: PITTA, A. M. F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 33 – 47.

GOZZI, A. P. N. F. **O processo de trabalho do terapeuta ocupacional na rede de saúde mental: focalizando a avaliação inicial**. 2013. 119 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2013.

GUERRA, A. M. C. Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 83 – 96, abr./jun. 2004.

GUI, R. T. Grupo Focal em pesquisa qualitativa aplicada: intersubjetividade e construção de sentido, **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, Florianópolis, v.3, n.1, p. 135-159, jun. 2003.

HIRDES, A. Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 165-171, fev. 2009.

HIRDES, A.; KANTORSKI, L. P. Reabilitação psicossocial: objetivos, princípios e valores. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 217 – 221, maio/ago. 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao.html>. Acesso em: 16/10/2017.

JORGE, M. S. B. et al. Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 734 – 739, nov./dec. 2006.

JUNS, A. G.; LANCMAN, S. O trabalho interdisciplinar no CAPS e a especificidade do trabalho do terapeuta ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 27 – 35, jan./abr. 2011.

KINKER, F. S.; IMBRIZI, J. M. O mito das oficinas terapêuticas. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 5, n. 3, p. 61 – 79, dez. 2015. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2238-152X2015000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2015000200005&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em: jun. 2019.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. M. F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 55 – 59.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 615 – 634.

LEÃO, A.; SALLES, M. M. Cotidiano, reabilitação psicossocial e território: reflexões no campo da terapia ocupacional. In: MATSUKURA, T. S.; SALLES, M. M. (Orgs.). **Cotidiano, atividade humana e ocupação: perspectivas da terapia ocupacional no campo da saúde mental**. São Carlos: EdUFSCar, 2016. p. 61 – 76.

LIMA, E. M. F. A. Terapia ocupacional: um território de fronteira. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 8, n. 2-3, p. 98-101, 1997.

LIMA, E. M. F. A. Identidade e complexidade: composições no campo da terapia ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 10, n. 2-3, p. 42-45, 1999.

LIMA, E. A. Oficinas e outros dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In: COSTA, C. M.; FIGUEIREDO, A. C. (Orgs.). **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004. p. 59 – 81.

LIMA, E. M. F. A. A saúde mental nos caminhos da Terapia Ocupacional. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 117 – 122, jan./mar. 2006.

LUIZ, C. C. A.; LEAL, E. M.; GALLETTI, M. C. Desafios enfrentados por usuários da saúde mental: reflexões sobre narrativas acerca do trabalho dentro e fora de oficinas de geração de trabalho e renda. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 63 – 69, 2018. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/140212>>. Acesso em: jun. 2019.

LUSSI, I. A. O. **Trabalho, reabilitação psicossocial e rede social: concepções e relações elaboradas por usuários de serviços de saúde mental envolvidos em projetos de inserção laboral**. 2009. 169 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

LUSSI, I. A. O.; PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA JUNIOR, A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 448-456, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a21.pdf>>. Acesso em: jul. 2013.

MAGALHÃES, R. O. S.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. O. Psiquiatrias reformadas ou Reforma Psiquiátrica? A desinstitucionalização dos fluxos de cuidado à crise a partir do hospital psiquiátrico. In: CAMPOS, G. W. S.; FERNANDES, J. A. (Orgs.). **Reconhecer o patrimônio da reforma psiquiátrica: o que queremos reformar hoje?** São Paulo: Hucitec, 2016. p. 33 – 39.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. Integralidade e construção de novas profissionalidades no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 115 – 122, set./dez., 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13993>>. Acesso em: mar. 2017.

MÂNGIA, E. F.; NICÁCIO, F. Terapia Ocupacional em Saúde Mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C (Orgs.). **Terapia Ocupacional no Brasil: Fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus, 2001. p. 63-80.

MEDEIROS, M. H. R. **Terapia ocupacional: um enfoque epistemológico e social**. São Carlos: EdUFSCar, 2003.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239 – 262, jul/set. 1993.

MOREIRA, M. I. B.; ONOCKO-CAMPOS, R. S. Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 462 – 474, jun. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902017000200462&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000200462&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: jun. 2019.

NASCIMENTO, B. A. O mito da atividade terapêutica. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.1, n. 1, p. 17 – 21, ago. 1990.

OLIVEIRA, A. G. B. Trabalho e cuidado no contexto da Atenção Psicossocial: algumas reflexões. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 694 – 702, dec. 2007.

OLIVEIRA, M. V. A instituição do novo: preparando o trabalho com a coisa mental. In: LOBOSQUE, A. M. (Org.) **Caderno Saúde Mental 3 – Saúde Mental: os desafios da formação**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2010. p. 37 – 46.

ORNELAS, C. A invenção coletiva da saúde mental. In: LOBOSQUE, A. M. (Org.) **Caderno Saúde Mental 3 – Saúde Mental: os desafios da formação**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2010. p. 53 – 56.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FioCruz, 2012. p. 459 – 493.

PEREIRA, M. A. O. A reabilitação psicossocial no atendimento em saúde mental: estratégias em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 658 – 664, ago. 2007.

PINHO, P. H. et al. Reabilitação psicossocial dos usuários de álcool e outras drogas: a concepção de profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. Esp 2, p. 1261 – 1266, dec. 2009.

PINHO, P. H. et al. A concepção dos profissionais de saúde acerca da reabilitação psicossocial nos eixos: morar, rede social e trabalho dos usuários de substâncias psicoativas. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 9, p. 29 – 35, jun. 2013.

PINTO, A. T. M.; FERREIRA, A. A. L. Problematizando a reforma psiquiátrica brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 27 – 34, jan./mar. 2010.

PITTA, A. M. F. Apresentação. In: PITTA, A. M. F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 9.

PITTA, A. M. F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje? In: PITTA, A. M. F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001a. p. 19-26.

PITTA, A. Apresentação. In: SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá/ Instituto Franco Basaglia, 2001b. p. 7 – 11.

PITTA, A. Prefácio à quarta edição. In: PITTA, A. M. F. (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 9 – 11.

REIS, S. C. C. A. G.; LOPES, R. E. O início da trajetória de institucionalização acadêmica da terapia ocupacional no Brasil: o que contam os (as) docentes pioneiros (as) sobre a criação dos primeiros cursos. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 26, n. 2, p. 255-270, 2018.

RIBEIRO, M. C.; BEZERRA, W. C. A reabilitação psicossocial como estratégia de cuidado: percepções e práticas desenvolvidas por trabalhadores de um serviço de saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 301 – 308, set./dez. 2015.

RIBEIRO, M. C.; MACHADO, A. L. A Terapia Ocupacional e as novas formas do cuidar em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 72-75, maio/ago. 2008.

RIBEIRO, M. B. S.; OLIVEIRA, L. R. Terapia Ocupacional e saúde mental: construindo lugares de inclusão social. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 425 - 431, mar./ago. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141432832005000200023&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832005000200023&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: maio. 2012.

RODRIGUES, R. C.; MARINHO, T. P. C.; AMORIM, P. Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl. 1, p. 1615-1625, jun. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000700073&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700073&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: jul. 2011.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos "países avançados". In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17 – 59.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. H.; LUCIO, P. B. Definições da pesquisa a ser realizada: exploratória, descritiva, correlacional ou explicativa. In: \_\_\_\_\_. **Metodologia de Pesquisa**. 3. ed. São Paulo: McGraw Hill, 2006. p. 96 – 115.

SARACENO, B. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 26-31, jan./abr. 1998.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá/ Instituto Franco Basaglia, 2001a.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. M. F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001b. p. 13-18.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma prática à espera de teoria. In: PITTA, A. M. F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001c. p. 150 – 154.

SARACENO, B. A cidadania como forma de tolerância. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. v. 22, n. 2, p. 93-101, maio/ago. 2011.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. M. F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 19-26.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T.; COSTA-ROSA, A. Do tratamento moral à atenção psicossocial: a terapia ocupacional a partir da reforma psiquiátrica brasileira. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 63, p. 845 – 856, dez. 2017.

SOARES, L. B. T. **Terapia ocupacional: lógica do capital ou do trabalho?** São Paulo: Hucitec, 1991.

SOARES, L. B. T. História da Terapia Ocupacional. In: CAVALCANTI, A; GALVÃO, C. **Terapia ocupacional: fundamentação e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 03-09.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>>. Acesso em: jul. 2011.

TRAPÉ, T. L.; ONOCKO CAMPOS, R. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 19, p. 1 – 8, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006059.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006059.pdf)>. Acesso em: abr. 2019.

VENANCIO, A. T.; LEAL, E. M.; DELGADO, P. G. Apresentação. In: VENANCIO, A. T.; LEAL, E. M.; DELGADO, P. G. (Orgs.). **O Campo da Atenção Psicossocial: Anais do 1º Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: Tecorá, 1997. p. VII – IX.

VENTURINI, E. et al. Habilitar-se em saúde mental: observações críticas ao conceito de reabilitação. **Arquivos brasileiros de psicologia**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 1, p. 56-63, jun. 2003. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672003000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672003000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: maio. 2019.

VENTURINI, E. O caminho dos cantos: morar e intersectorialidade na saúde mental. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 471 – 480, dec. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-02922010000900002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922010000900002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: jun. 2019.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. Grupos Focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana** (OSP), Washington, v. 120, n. 6, p. 472 – 482, jun. 1996. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=PAHO&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=22625&indexSearch=ID>>. Acesso em: Abril. 2018.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n.78/79/80, p. 27 – 37, jan./dez. 2008.

YASUI, S. **Rupturas e Encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

YASUI, S. **Vestígios, desassossegos e pensamentos soltos: atenção psicossocial e a reforma psiquiátrica em tempos sombrios**. 2016. 217 f. Tese de Livre-Docência – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2016a.

YASUI, S. Ira, amor, resistência e invenção: reflexões sobre o legado da Reforma Psiquiátrica. In: CAMPOS, G. W. S.; FERNANDES, J. A. (Orgs.). **Reconhecer o patrimônio da reforma psiquiátrica**: o que queremos reformar hoje? São Paulo: Hicitec, 2016b. p. 17 – 26.

# APÊNDICES



## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa de doutorado intitulada **“Reabilitação Psicossocial e Atenção Psicossocial: identificando concepções teóricas e práticas no contexto da assistência em saúde mental”**, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos - UFSCar, sob orientação da Profa. Dra. Isabela Aparecida de Oliveira Lussi. O objetivo Geral da pesquisa é identificar as concepções teórico-práticas atuais em curso no Brasil acerca da Atenção Psicossocial e da Reabilitação Psicossocial.

Você foi selecionado (a) para participar da pesquisa, pois é terapeuta ocupacional e trabalha em CAPS III do município participante há, no mínimo, um ano.

Sua participação ocorrerá na terceira Etapa da pesquisa e consistirá em responder um Formulário de Caracterização dos Terapeutas Ocupacionais dos Serviços e participar de Grupo Focal, que focalizará identificar se os terapeutas ocupacionais observam particularidades nas perspectivas de Atenção Psicossocial e Reabilitação Psicossocial para a terapia ocupacional, qual delas têm adotado e porque e como esta(s) perspectiva(s) contribui(em) para a atuação profissional. O Grupo Focal visará a discussão coletiva entre os terapeutas ocupacionais selecionados dos serviços sobre o tema apontado. O dia, local e horário será definido mediante pactuação prévia com o coordenador do serviço, com vistas a não comprometer o horário de trabalho dos participantes, e da disponibilidade e escolha destes. Podem ser necessários de um a dois encontros de Grupo Focal, sendo que a duração poderá variar entre uma hora e meia a duas horas e meia, como prevê a literatura. Antes do início do Grupo Focal cada participante receberá um crachá contendo um número que será sua identificação em todo o processo. As perguntas disparadoras do Grupo Focal não serão invasivas à sua intimidade, entretanto, esclareço que a participação na pesquisa pode gerar estresse, cansaço ou constrangimento como resultado da exposição de opiniões pessoais no grupo. Diante desta condição, você deverá informar a pesquisadora, que garantirá pausas na discussão, liberdade para não responder a perguntas que julgar constrangedoras ou incômodas, além de poder interromper sua participação a qualquer momento, sem causar nenhum tipo de prejuízo.

Sua participação nesta pesquisa não trará benefícios diretos a você, entretanto, contribuirá para a obtenção de dados que serão utilizados para fins científicos, contribuindo com o desenvolvimento do conhecimento teórico e prático de concepções fundamentais para a estruturação e implementação de políticas públicas e desenvolvimento de práticas coerentes e qualificadas no campo da saúde mental.

Sua participação nesta pesquisa não é obrigatória. A qualquer momento você poderá desistir de participar, retirando seu consentimento. Além disso, sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com serviço a que está vinculado (a).

A participação na pesquisa não acarretará em despesas para você, já que a pesquisadora irá até o local indicado para realizar a coleta de dados. Também não haverá nenhuma forma de remuneração por sua participação. Entretanto, todas as despesas com o transporte e a alimentação decorrentes da sua participação na pesquisa, quando for o caso, serão ressarcidas pela pesquisadora no dia da coleta de dados.

Todas as informações obtidas por meio desta pesquisa serão exclusivamente utilizadas para fins científicos, sendo assegurado o sigilo sobre a sua identidade em todas as etapas do estudo. Antes do início dos Grupos Focais a pesquisadora esclarecerá aos participantes sobre a necessidade de se manter sigilo em relação ao conteúdo expresso pelos mesmos em outros contextos que não o Grupo Focal. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a sua identificação, ou seja, quando for necessário exemplificar alguma situação em publicações, serão adotadas letras, não mencionando o nome de nenhum participante e nem do serviço em que você trabalha.

Solicito sua autorização para que as discussões em grupo sejam gravadas em áudio. O conteúdo da gravação será transcrito pela pesquisadora, respeitando a veracidade e originalidade dos discursos e a preservação da identidade dos autores das falas.

Você receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pela pesquisadora, onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal.

Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

**Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que tem por finalidade cumprir e fazer cumprir as determinações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde no que diz respeito aos aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos, sob a ótica do indivíduo e das coletividades e que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br)**

#### **Informações do Pesquisador Principal para contato:**

**Pesquisador Principal:** Giovana Garcia Morato

**Endereço:** Rodovia Washington Luiz, Km. 235, c.p 676 - CEP 13.565-905, São Carlos – SP - Brasil.

**Contato telefônico:** [REDACTED]

**E-mail:** giovana\_morato@hotmail.com

Local e data:

---

Nome do Pesquisador

---

Assinatura do Pesquisador

---

Nome do Participante

---

Assinatura do Participante

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa de doutorado intitulada **“Reabilitação Psicossocial e Atenção Psicossocial: identificando concepções teóricas e práticas no contexto da assistência em saúde mental”**, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos - UFSCar, sob orientação da Profa. Dra. Isabela Aparecida de Oliveira Lussi. O objetivo Geral da pesquisa é identificar as concepções teórico-práticas atuais em curso no Brasil acerca da Atenção Psicossocial e da Reabilitação Psicossocial.

Você foi selecionado (a) para participar da pesquisa, pois é profissional de nível superior e trabalha em CAPS III do município participante há, no mínimo, dois anos.

Sua participação ocorrerá na segunda Etapa da pesquisa e consistirá em responder um Formulário de Caracterização dos Profissionais dos Serviços e participar de Grupo Focal, que focalizará identificar a compreensão acerca das concepções de Atenção Psicossocial e Reabilitação Psicossocial, qual delas tem adotado e como esta(s) se converte(em) em práticas de cuidado no cotidiano do serviço. O Grupo Focal visará a discussão coletiva entre os profissionais selecionados dos serviços sobre o tema apontado. O dia, local e horário será definido mediante pactuação prévia com o coordenador do serviço, com vistas a não comprometer o horário de trabalho dos participantes, e da disponibilidade e escolha destes. Podem ser necessários de um a dois encontros de Grupo Focal, sendo que a duração poderá variar entre uma hora e meia a duas horas e meia, como prevê a literatura. Antes do início do Grupo Focal cada participante receberá um crachá contendo um número que será sua identificação em todo o processo. As perguntas disparadoras do Grupo Focal não serão invasivas à sua intimidade, entretanto, esclareço que a participação na pesquisa pode gerar estresse, cansaço ou constrangimento como resultado da exposição de opiniões pessoais no grupo. Diante desta condição, você deverá informar a pesquisadora, que garantirá pausas na discussão, liberdade para não responder a perguntas que julgar constrangedoras ou incômodas, além de poder interromper sua participação a qualquer momento, sem causar nenhum tipo de prejuízo.

Sua participação nesta pesquisa não trará benefícios diretos a você, entretanto, contribuirá para a obtenção de dados que serão utilizados para fins científicos, contribuindo com o desenvolvimento do conhecimento teórico e prático de concepções fundamentais para a estruturação e implementação de políticas públicas e desenvolvimento de práticas coerentes e qualificadas no campo da saúde mental.

Sua participação nesta pesquisa não é obrigatória. A qualquer momento você poderá desistir de participar, retirando seu consentimento. Além disso, sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com serviço a que está vinculado (a).

A participação na pesquisa não acarretará em despesas para você, já que a pesquisadora irá até o local indicado para realizar a coleta de dados. Também não haverá nenhuma forma de remuneração por sua participação. Entretanto, todas as despesas com o transporte e a alimentação decorrentes da sua participação na pesquisa, quando for o caso, serão ressarcidas pela pesquisadora no dia da coleta de dados.

Todas as informações obtidas por meio desta pesquisa serão exclusivamente utilizadas para fins científicos, sendo assegurado o sigilo sobre a sua identidade em todas as

etapas do estudo. Antes do início dos Grupos Focais a pesquisadora esclarecerá aos participantes sobre a necessidade de se manter sigilo em relação ao conteúdo expresso pelos mesmos em outros contextos que não o Grupo Focal. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a sua identificação, ou seja, quando for necessário exemplificar alguma situação em publicações, serão adotadas letras, não mencionando o nome de nenhum participante e nem do serviço em que você trabalha.

Solicito sua autorização para que as discussões em grupo sejam gravadas em áudio. O conteúdo da gravação será transcrito pela pesquisadora, respeitando a veracidade e originalidade dos discursos e a preservação da identidade dos autores das falas.

Você receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pela pesquisadora, onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal.

Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

**Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que tem por finalidade cumprir e fazer cumprir as determinações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde no que diz respeito aos aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos, sob a ótica do indivíduo e das coletividades e que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br)**

**Informações do Pesquisador Principal para contato:**

**Pesquisador Principal:** Giovana Garcia Morato

**Endereço:** Rodovia Washington Luiz, Km. 235, c.p 676 - CEP 13.565-905, São Carlos – SP - Brasil.

**Contato telefônico:** [REDACTED]

**E-mail:** giovana\_morato@hotmail.com

Local e data:

---

Nome do Pesquisador

---

Assinatura do Pesquisador

---

Nome do Participante

---

Assinatura do Participante

**APÊNDICE C - FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS CAPS III DA REDE  
DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO**

CAPS N° \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DADOS DO RESPONDENTE**

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

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Formação: \_\_\_\_\_

Função no serviço: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação no serviço: \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES SOBRE O SERVIÇO**

1) Nome do CAPS: \_\_\_\_\_

2) Data de inauguração: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3) Horário de funcionamento: \_\_\_\_\_

4) Área de abrangência: \_\_\_\_\_

5) Número total de prontuários registrados: \_\_\_\_\_

6) Número de usuários atendidos por mês atualmente: \_\_\_\_\_

7) Média de idade dos usuários atendidos atualmente: \_\_\_\_\_

8) Porcentagem de homens e mulheres atendidos no serviço atualmente: \_\_\_\_\_

9) Quantos profissionais compõem a equipe do serviço?  
\_\_\_\_\_

10) Qual a formação dos profissionais que compõem a equipe do serviço e a quantidade de cada um?

---

11) Quais são os projetos, programas e atividades oferecidas pelo serviço aos usuários?

---

12) Com quais serviços do município este CAPS mantém vínculo para a construção do cuidado ao usuário?

---

13) O serviço prevê algum espaço para discussões teóricas acerca de temas relacionados ao campo da saúde mental? Se sim, sobre quais temáticas?

---

**APÊNDICE D - FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS TERAPEUTAS  
OCUPACIONAIS DOS SERVIÇOS**

Participante nº \_\_\_\_\_

Nome do CAPS III em que trabalha: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DADOS PESSOAIS**

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

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo ( ) Feminino ( ) Masculino

**FORMAÇÃO PROFISSIONAL**

1) Nome e cidade da Instituição de Ensino Superior em que se formou: \_\_\_\_\_

2) Ano de ingresso e ano de conclusão do curso de Graduação em Terapia Ocupacional:  
\_\_\_\_\_

3) Há quanto tempo exerce atividade como terapeuta ocupacional?  
\_\_\_\_\_

4) Em quais áreas já atuou e durante quanto tempo em cada uma?  
\_\_\_\_\_

5) Na área da saúde mental, em quais serviços já atuou e quais ações desenvolvia?  
\_\_\_\_\_

**6) Formação Complementar:**

( ) Não

( ) Sim. Assinale abaixo o item equivalente:

( ) **Aprimoramento**

Área: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

**Especialização**

Título da

monografia: \_\_\_\_\_

Área: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

 **Mestrado**

Título da

dissertação: \_\_\_\_\_

Programa: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

 **Doutorado**

Título da tese: \_\_\_\_\_

Programa: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

**Outra(s):** \_\_\_\_\_

Área: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

7) Fez ou está fazendo curso (s) na área da saúde mental ?

 Não. Motivo: \_\_\_\_\_ Sim. Qual (is)? \_\_\_\_\_

a) Qual o ano de conclusão? \_\_\_\_\_

b) De que forma esse (s) curso (s) tem contribuído para a sua compreensão sobre o campo da saúde mental, bem como para sua atuação? \_\_\_\_\_

8) Você participa de algum grupo de estudos ou grupo de discussão sobre temas no campo da saúde mental?

 Não Sim. Qual (is)? \_\_\_\_\_a) Neste (s) grupo (s) vocês fazem **discussões teóricas** sobre temas referentes ao campo da saúde mental? Se sim, sobre quais temas? \_\_\_\_\_



## APÊNDICE E - ROTEIRO PARA CONDUÇÃO DO GRUPO FOCAL COM TERAPEUTAS OCUPACIONAIS

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### QUESTÕES DISPARADORAS:

#### 1) **Atenção Psicossocial e Reabilitação Psicossocial: O que pensam sobre isso?**

- a) São sinônimos?
- b) São perspectivas distintas? Em que aspectos?
- c) São complementares? Por quê?

### BLOCO 1: QUESTÕES SOBRE A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

#### 1) **O que vem à mente quando pensam em Terapia Ocupacional e Reabilitação Psicossocial?**

- a) Vocês identificam alguma relação entre elas? Qual (is)?
- b) De que forma a Reabilitação Psicossocial influenciou ou ainda influencia a profissão?

#### 2) **Vocês identificam contribuições da Reabilitação Psicossocial para a prática da terapia ocupacional? Falem sobre isso**

- a) Quais aspectos/elementos da Reabilitação Psicossocial vocês identificam que contribuem para a prática profissional do terapeuta ocupacional?
- b) Como a terapia ocupacional operacionaliza a Reabilitação Psicossocial?
- c) Vocês podem dar exemplos de como a terapia ocupacional faz uso da Reabilitação Psicossocial na prática?

### BLOCO 2: QUESTÕES SOBRE A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

#### 1) **O que vem à mente quando pensam em Terapia Ocupacional e Atenção Psicossocial?**

- a) Vocês identificam alguma relação entre elas? Qual (is)?
- b) De que forma a Atenção Psicossocial influencia a profissão?

#### 2) **Vocês identificam contribuições da Atenção Psicossocial para a prática da terapia ocupacional? Falem sobre isso**

- a) Quais aspectos/elementos da Atenção Psicossocial vocês identificam que contribuem para a prática profissional do terapeuta ocupacional?
- b) Como a terapia ocupacional operacionaliza a Atenção psicossocial?

- c) Vocês podem dar exemplos de como a terapia ocupacional faz uso da Atenção Psicossocial na prática?

**BLOCO 3 DE QUESTÕES: REFLETINDO SOBRE AS DUAS PERSPECTIVAS**

- 1) Vocês identificam particularidades nestas perspectivas (Reabilitação Psicossocial e Atenção Psicossocial) para a terapia ocupacional? Falem sobre isso**
  - a) No que se refere a definições apresentadas em ambas, a conceitos que cada uma carrega, etc.
  
- 2) Na prática como terapeutas ocupacionais, vocês utilizam o referencial da Reabilitação Psicossocial ou da Atenção Psicossocial? De que forma isso se reflete no trabalho de vocês?**
  - a) Qual das duas perspectivas é mais próxima de vocês em termos de compreensão e contribuição para a prática como terapeuta ocupacional?
  
- 3) Depois da nossa conversa de hoje, vocês seguem mantendo a mesma percepção sobre Atenção Psicossocial e Reabilitação Psicossocial de antes da nossa conversa? Percebem algum deslocamento de compreensão, perspectiva?**
  
- 4) Vocês gostariam de dizer algo mais sobre o tema?**

**APÊNDICE F - FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS  
DOS SERVIÇOS**

Participante n° \_\_\_\_\_

Nome do CAPS III em que trabalha: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DADOS PESSOAIS**

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

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo ( ) Feminino ( ) Masculino

**FORMAÇÃO PROFISSIONAL**

1) Nome da Instituição de Ensino Superior em que se formou: \_\_\_\_\_

2) Cidade e estado da Instituição de Ensino Superior: \_\_\_\_\_

3) Curso de graduação em nível superior e ano de conclusão: \_\_\_\_\_

4) Há quanto tempo exerce atividade profissional? \_\_\_\_\_

5) Em quais áreas já atuou e durante quanto tempo em cada uma? \_\_\_\_\_

6) Na área da saúde mental, em quais serviços já atuou e quais ações desenvolvia?  
\_\_\_\_\_

**7) Formação Complementar:**

( ) Não

( ) Sim. Assinale abaixo o item equivalente:

( ) **Aprimoramento**

Área: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

**Especialização**

Título da monografia: \_\_\_\_\_

Área: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

 **Mestrado**

Título da dissertação: \_\_\_\_\_

Programa: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

 **Doutorado**

Título da tese: \_\_\_\_\_

Programa: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

**Outra(s):** \_\_\_\_\_

Área: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

8) Fez ou está fazendo curso (s) na área da saúde mental ?

 Não. Motivo: \_\_\_\_\_ Sim. Qual (is)? \_\_\_\_\_

a) Qual o ano de conclusão? \_\_\_\_\_

b) De que forma esse (s) curso (s) tem contribuído para a compreensão do campo da saúde mental, bem como para sua atuação?  
\_\_\_\_\_

9) Você participa de algum grupo de estudos ou grupo de discussão sobre temas no campo da saúde mental?

 Não Sim. Qual (is)? \_\_\_\_\_a) Neste (s) grupo (s) vocês fazem **discussões teóricas** sobre temas referentes ao campo saúde mental? Se sim, sobre quais temas?  
\_\_\_\_\_

## APÊNDICE G - ROTEIRO PARA CONDUÇÃO DO GRUPO FOCAL COM PROFISSIONAIS

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### QUESTÕES DISPARADORAS:

#### **1) Atenção Psicossocial e Reabilitação Psicossocial: O que pensam sobre isso?**

- a) São sinônimos?
- b) São perspectivas distintas? Em que aspectos?
- c) São complementares? Por quê?

### BLOCO 1: QUESTÕES SOBRE A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

#### **1) O que vem à mente quando pensam em Reabilitação Psicossocial?**

- a) Para vocês, essa é uma perspectiva teórica, prática ou ambas?
- b) Quando e como ouviram falar sobre?

#### **2) Como vocês definem a Reabilitação Psicossocial?**

- a) Que conceitos ou teorias vocês relacionam com essa concepção?
- b) Existe algum autor de referência para vocês?

#### **3) Relatem sobre as contribuições da Reabilitação Psicossocial para a prática de vocês**

### BLOCO 2: QUESTÕES SOBRE A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

#### **1) O que vem à mente quando pensam em Atenção Psicossocial?**

- a) Para vocês, essa é uma perspectiva teórica, prática ou ambas?
- b) Quando e como ouviram falar sobre?

#### **2) Como vocês definem a Atenção Psicossocial?**

- a) Que conceitos ou teorias vocês relacionam com essa concepção?
- b) Existe algum autor de referência para vocês?

**3) Relatem sobre as contribuições da Atenção Psicossocial para a prática de vocês**

**BLOCO 3 DE QUESTÕES: REFLETINDO SOBRE AS DUAS PERSPECTIVAS**

- 1) Qual das duas perspectivas (Atenção Psicossocial/Reabilitação Psicossocial) vocês utilizam para realizar a prática no serviço? Falem sobre isso**
- 2) Depois da nossa conversa de hoje, vocês seguem mantendo a mesma percepção sobre Atenção Psicossocial e Reabilitação Psicossocial de antes da nossa conversa? Percebem algum deslocamento de perspectiva, compreensão?**
- 3) Vocês gostariam de dizer algo mais sobre o tema?**

**APÊNDICE H – Compilado, produto do 1º Encontro de Grupo Focal com Terapeutas Ocupacionais e Roteiro 2 para aprofundamento de questões**

**2º ENCONTRO DE GRUPO FOCAL COM TO'S**  
(devolutiva, validação e aprofundamento de questões)

**Data:**

**Hora:**

**Local:**

**Duração:** das: \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_

**SISTEMATIZAÇÃO DO QUE FOI PRODUZIDO NO 1º ENCONTRO DE GRUPO FOCAL COM TO'S**

**Categorias Temáticas**

**1) Definindo conceitos e explorando suas dimensões: Reabilitação Psicossocial e Atenção Psicossocial**

- Há uma diferenciação entre as perspectivas: a Atenção Psicossocial dimensionada pelo olhar, que denota análise, compreensão circunstancial e contextual mais ampla sobre a condição do sujeito em sofrimento, e a Reabilitação Psicossocial na qualidade do fazer acontecer, de encaminhar para a ação da prática a partir deste “pano de fundo”.
- \*Ideia de Atenção como algo mais abrangente, não necessariamente o olhar, mas algo que abrange mais coisas e a Reabilitação mais especializada. A Atenção é algo mais claro: na prática o que se faz abrange muito mais do que uma especialidade, como é a Reabilitação.
- Atenção Psicossocial e Reabilitação Psicossocial são distintas, porém complementares, pois 1(Atenção Psicossocial) você olha e a outra (Reabilitação Psicossocial) você vai para a ação, para o ato/ elas caminham juntas/é difícil ficar distinguindo uma coisa ou outra, é tudo a prática.
- Há um “ordenamento” entre as perspectivas: primeiro deve acontecer a Atenção Psicossocial para depois se proceder com a Reabilitação Psicossocial/ não dá para

pensar em ir para a Reabilitação sem antes fazer a Atenção/ elas não se separam, não se faz uma sem a outra; \*não há um ponto de ordem.

- Em síntese: pensar sobre a Atenção Psicossocial e a Reabilitação Psicossocial mobilizou reflexões sobre: como produzem suas práticas e em quais valores e princípios estão assentadas; o que as práticas de cuidado produzem e como são operacionalizadas. Houve investigação, estabelecimento de conexões entre o que se faz e como isso é nomeado ou, quais pilares conceituais sustentam o aparato do fazer.

### ***1.1) Arranjos específicos da Reabilitação Psicossocial e desdobramentos para a prática do cuidado***

- Para pensar na Reabilitação Psicossocial é necessário considerar todos os contextos do sujeito, ter uma visão mais ampla: de onde essa pessoa mora, de onde ela está, da questão cultural, do todo.
- Para proceder com a Reabilitação Psicossocial é preciso pensar/ trabalhar o sujeito dentro da sociedade/ é pensar que o sujeito tem que estar na vida.
- É necessário que as ações de cuidado se processem fora dos serviços e contextualizadas no território. O trabalho a partir da Reabilitação Psicossocial está essencialmente comprometido com ações no território, com a construção de vida possível para o sujeito em seu espaço comunitário.
- Falar de Reabilitação Psicossocial implica em falar de acesso:
  - Acesso físico
  - Acesso como pertencimento
  - Acesso ao trabalho
- Para fazer a Reabilitação Psicossocial é também necessário poder acompanhar os sujeitos no acesso a espaços da cidade, isso é fazer a Reabilitação Psicossocial do estar junto. Este acompanhamento do usuário é ponto de sustentação para a Reabilitação Psicossocial, mas, dada as condições de trabalho e política de saúde mental do município, isso tem se efetivado pouco, comprometendo as ações de cuidado.
- Para fazer Reabilitação Psicossocial é necessário: olhar e cuidar também da família/ fazer arranjos com outras pessoas, profissionais, com outros vínculos do sujeito/fazer parceria com pensões (viabilizar o morar autônomo).



- Crítica ao termo Reabilitação – ideia de Reabilitação que remete a colocar o sujeito na “caixinha” da normalidade para se encaixar na sociedade/ Reabilitação pensada numa “caixinha” dentro do CAPS, por isso a defesa do trabalho fora do CAPS, no território.
- Em síntese: As discussões se construíram de maneira mais consistente. Aparentemente discorrer sobre esta perspectiva pareceu, em sua maioria, mais possível; foram trazidos elementos concretos, sempre alinhados às práticas desenvolvidas. Evidenciou-se que tratar desta perspectiva era mais próximo da realidade vivida.

## ***2) Implicações da Reabilitação Psicossocial e da Atenção Psicossocial para a Terapia Ocupacional: buscando raízes, tecendo conexões***

- Oficinas dentro do CAPS como estratégia de cuidado: alvo de reflexões e questionamentos sobre a função que cumprem e, em que medida, atendem aos preceitos da Atenção e da Reabilitação Psicossocial, bem como se relacionam com a prática da terapia ocupacional.
  - Há uma preocupação com a oferta de oficinas, no geral, justamente por estas acontecerem dentro do CAPS, enquanto a compreensão apresentada a partir da perspectiva de Reabilitação Psicossocial elaborada pelo grupo é de que o trabalho deve ser para fora do serviço, no território, junto à comunidade do sujeito.
  - As oficinas podem ser bons espaços de cuidado que viabilizam a Reabilitação Psicossocial, desde que sejam feitas com esta crítica e sempre vislumbrando o fora; o que se faz dentro das oficinas no CAPS deve ser trampolim para o trânsito social, acesso a outros espaços e relações.
  - A noção/conceito de cotidiano foi relacionada com a Reabilitação Psicossocial para se pensar nas atividades que serão propostas nas oficinas/ Essa ideia também se relaciona com a prática da TO.
  - Avaliação crítica sobre a atuação do TO nas oficinas no CAPS: TO identificado por outros profissionais como “categoria” que só conduz oficinas = simplificação do trabalho do TO pelas oficinas. A defesa é de que todos os profissionais fazem/ devem fazer oficinas e que a atuação do TO não se restringe a esse espaço dentro do CAPS.
  - Binômio “oficinas no CAPS versus prática do terapeuta ocupacional”: as perspectivas flutuam, gerando considerações que se apresentam ora ressaltando a viabilidade e potência desta relação, ora colocando luz sobre os desafios que ainda precisam ser enfrentados para legitimar uma

prática profissional descolada de uma visão ultrapassada que engessa a terapia ocupacional como profissão que somente faz atividades em oficinas dentro do CAPS.

- Questionamentos, dúvida, conflito e algo a se resolver acerca da especificidade profissional diante da interdisciplinaridade: o que é do TO/ especificidade dentro da Reabilitação Psicossocial no CAPS?/ A atividade enquanto recurso terapêutico é do TO, mas outros profissionais fazem uso dela e quando vem para o TO aparece como algo desvalorizado, TO é visto como recreacionista/ a transdisciplinaridade gera uma “mistura” de ações, papéis, funções – há momentos em que é possível ver e solicitar a especificidade de cada profissional no serviço.
- Reabilitação Psicossocial e Reforma Psiquiátrica ampliaram o reconhecimento e o campo de trabalho da TO/ A Reabilitação Psicossocial vem validar a TO.
- O objeto de trabalho da TO é a vida humana, são as ações humanas, portanto, TO e Reabilitação Psicossocial têm uma ligação muito forte.
- TO em Reabilitação Psicossocial tem momentos: momento do uso das atividades nas oficinas, manejo das atividades, acompanhamento do sujeito na experimentação de atividades.
- TO e Reabilitação Psicossocial pensadas a partir do projeto de vida.
- Exemplos de atuação da TO na perspectiva da Reabilitação Psicossocial: trabalho com atividades nas oficinas; manejo nas Iniciativas de Geração de Trabalho e renda; atuação nas Residências Terapêuticas.
- A função do TO na Reabilitação Psicossocial é fazer o percurso com o sujeito não só nas oficinas, mas no território, estando junto dele.
- TO procede na Reabilitação Psicossocial de maneira diferente de outros profissionais em função da relação com a atividade, com o fazer humano, da compreensão sobre estes aspectos e como trabalha-los na relação com o sujeito.
- A análise de atividades contribui para pensar o processo do fazer do sujeito e a maneira de proceder do TO.
- Relação entre Atenção Psicossocial e TO: A perspectiva de Atenção Psicossocial contribui na forma como a TO avalia a situação/ demandas do sujeito, é o olhar para a vida, para o cotidiano, para os lugares de inserção, de circulação para então construir o projeto terapêutico singular desse sujeito.

- O trabalho do TO na Atenção Psicossocial é instrumentalizar o sujeito, ou seja, pensar/ avaliar junto demandas, necessidades e estratégias para solucionar as situações, para depois pensar/ ir para a ação (Reabilitação Psicossocial).
- A TO se apropria da Atenção Psicossocial em qualquer área que ela trabalhe, ela tem esse olhar da Atenção Psicossocial. A Atenção Psicossocial está sempre na teoria da TO, no olhar da TO, em qualquer área específica, especialidade.
- Em síntese: a Reabilitação Psicossocial parece estar mais consolidada no imaginário e na prática profissional, enquanto a Atenção Psicossocial parece ainda um pouco distante, não tão visível, palpável e concreta.

### ***3) Desafios na produção do cuidado: entre a Reabilitação Psicossocial e a Atenção Psicossocial***

- Os desafios micro e macropolíticos vivenciados no cotidiano dos serviços parecem comprometer diretamente ações de cuidado que buscam estar alinhadas às perspectivas de Atenção e Reabilitação Psicossocial.
- Esta condição impõe um trabalho cada vez mais para dentro do serviço, somente cuidando da crise, da especialidade, subvertendo a lógica e importância do trabalho para fora, para a circulação e inserção na sociedade.
- É em meio a essa contradição e entrave político que o cuidado tem se restringido à Atenção Psicossocial, que vem apontada como sinônimo de “fazer dentro do serviço”/ pouco tem podido sair para a ação = Reabilitação Psicossocial. Ou seja, tem sido necessário fazer uma escolha entre proceder com uma ou outra perspectiva, quando o que vislumbram e acreditam ser o ideal é justamente a articulação entre ambas.
- O momento da rede – que está desarticulada, quebrada, não tem parceiros e serviços para encaminhar os usuários - tem possibilitado pouco proceder com a Reabilitação Psicossocial, condicionando o trabalho mais na Atenção Psicossocial.

### ***4) O que produzem os CAPS: tessitura do cuidado no “entre jogo” Reabilitação Psicossocial e Atenção Psicossocial***

- A variável “serviço CAPS” foi mencionada, explorada e colocada em cena enquanto dispositivo que influencia e, de certa forma, condiciona algumas maneiras de pensar e produzir as práticas de cuidado na perspectiva da Atenção e Reabilitação Psicossocial.
- A assistência descendente do CAPS se materializa numa espécie de proceder com a Reabilitação a partir da Atenção, ou seja, a Atenção aparece vinculada ao interior do

serviço e, especialmente, à crise, como se fosse um primeiro momento da assistência, quando o sujeito chega ao serviço e que o momento seguinte seria então o da Reabilitação e, portanto, o trabalho com o fora para a (re) inserção e o acesso à vida. Mas isso tem sido um desafio, pois o que se tem feito majoritariamente é o trabalho da Atenção Psicossocial dentro dos CAPS sob a lógica já apresentada; gera confusão sobre o que priorizar e retoma o questionamento sobre qual a missão dos CAPS.

- A crise também foi temática que, neste bojo, parece mobilizar para discussões que geram questionamentos sobre como proceder. Aparentemente, fica uma espécie de visão cindida sobre o sujeito, o que determina uma separação entre aqueles que estão em crise e os que não e a dúvida sobre por onde seguir, a quem atender, como proceder.
- Há preocupação com os momentos de vida que os processos de cuidado vão sendo capazes ou não de subsidiar. Revela-se claro o conflito em relação ao manejo da crise, o que parece inclusive, em alguns momentos, dar a tônica dos serviços CAPS, o que é um risco, uma vez que esta tendência pode engessá-los na condição de dispositivos que majoritariamente se dedicam a estabilizar a crise, como se esta estivesse descolada de todo o percurso de vida do sujeito.

## **ROTEIRO 2 – APROFUNDAMENTO DE QUESTÕES**

### **Eixos para aprofundamento e novas discussões**

- 1) Vocês abordaram bastante questões relativas às oficinas (na perspectiva da Reabilitação Psicossocial) desenvolvidas dentro do CAPS. Em alguns momentos falam destas como espaço compartilhado por todos os profissionais do CAPS e em outros destacam a especificidade do TO nestas. Vamos falar mais sobre isso?
  
- 2) Vocês falaram sobre o conflito e confusão que o trabalho interdisciplinar/transdisciplinar gera, sobre dúvidas que isso traz sobre a especificidade profissional do TO. Vamos falar mais sobre isso?
  
- 3) Vocês, num primeiro momento, apresentam a Atenção Psicossocial como algo amplo, relacionado ao olhar, análise circunstancial, mas também apontam que ela está relacionada ao que se processa dentro do serviço, à atenção à crise. É isso mesmo? Vamos falar mais sobre essa concepção de vocês sobre a Atenção Psicossocial? O que é, ao que está relacionada, como se dá na prática....

4) Após esta retomada sobre aspectos da Atenção Psicossocial e Reabilitação Psicossocial, vocês têm algo a acrescentar sobre como/de que maneira estas perspectivas contribuem para a prática de vocês como terapeutas ocupacionais?

5) Gostariam de acrescentar outras questões?

**APÊNDICE I - Compilado, produto do 1º Encontro de Grupo Focal com Profissionais de Nível Superior e Roteiro 2 para aprofundamento de questões**

**2º ENCONTRO DE GRUPO FOCAL COM PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR**  
(devolutiva, validação e aprofundamento de questões)

**Data:**

**Hora:**

**Local:**

**Duração:** das: \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_

**SISTEMATIZAÇÃO DO QUE FOI PRODUZIDO NO 1º ENCONTRO DE GRUPO FOCAL COM PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR**

**Categorias Temáticas**

***1) Atenção Psicossocial e Reabilitação Psicossocial: resgatando origens, definindo conceitos***

- Atenção Psicossocial e Reabilitação Psicossocial são conceitos distintos;
- Pensar sobre a distinção entre Atenção Psicossocial e Reabilitação Psicossocial gerou estranheza, dúvida / Às vezes usam como sinônimo no dia a dia / Nunca tinham parado para pensar;
- É importante se questionar sobre a compreensão dos conceitos;
- Os conceitos precisam ser renovados – é diferente o que pensamos e fazemos hoje em termos de Atenção e Reabilitação Psicossocial do que pensávamos e fazíamos há alguns anos por conta da concepção de cuidado em saúde mental, do modelo de assistência vigente, da concepção de transtorno mental, etc.

- 1º contato com a perspectiva da Reabilitação Psicossocial: já na graduação / Somente no contato na prática / Na graduação não foi abordado ou não chamou a atenção / Não somos preparados na faculdade para trabalhar com saúde mental;
- Reabilitação Psicossocial: Desenvolver habilidades funcionais da vida / Exercício de cidadania / Promover Autonomia / Inclui o trabalho com a família / Proporcionar a circulação do sujeito no território;
- Questionamento sobre Reabilitação para aqueles sujeitos que não alcançarão uma determinada condição socialmente aceita e esperada;
- \*\*É importante refletir sobre os valores com os quais trabalhamos quando pensamos sobre a Reabilitação Psicossocial – tomar cuidado para não reproduzir uma lógica de enquadre dos sujeitos em determinados padrões sociais;
- Expectativas que temos em relação à Reabilitação dos sujeitos;
- A sociedade precisa estar mais próxima destes sujeitos e ser mais tolerante;
- Conceitos e/ou referenciais teóricos que subsidiam a perspectiva de Reabilitação Psicossocial: Psicanálise / Clínica do cuidado – tecnologias leves / Questão do direito;
- Autores de referência para a perspectiva de Reabilitação Psicossocial: Ana Pitta; Winnicott; Bion; Pichon Rivière; Gregorio Kazi (Argentina); Gastão com o Apoio Matricial; Rosana; Saraceno; Lancet; Deleuze;
- 1º contato com a perspectiva da Atenção Psicossocial: foi na prática e bastante relacionado ao CAPS;
- Atenção Psicossocial: é a prática! A prática do cuidado no dia a dia e engloba tudo: o próprio usuário, o social, a família, articulação com outros dispositivos de cuidado da rede que é para qualquer cidadão de direito / É um cuidado dentro e fora do CAPS / Dimensionar como vai ser o cuidado ao longo do tempo / Um olhar diagnóstico que direciona para uma análise contextual, ampla e avaliativa, que contempla toda a condição do sujeito para poder projetar, num momento seguinte, quais ações serão realizadas para a continuidade do cuidado, podendo ser estas ações de Reabilitação / Ter atenção a algo / É algo preventivo, para evitar novas crises / Atenção Psicossocial como o social mesmo, de sociedade, de necessidades dentro da sociedade;
- Questionamento sobre se estão falando de Atenção Psicossocial ou de Atenção à crise porque são questões distintas e com desdobramentos diferentes;
- A Reabilitação Psicossocial pode ser uma espécie de instrumento, um dos recursos para fazer a Atenção Psicossocial;

- **\*\*A Atenção é em relação às necessidades, ao social;**
- A palavra Atenção remete à tensão - dúvidas sobre o que e o quanto conseguem fazer pelo usuário no dia a dia do trabalho;
- “Implicância” com o termo psicossocial - psicossocial é uma redundância porque o psíquico já é social;



- O psíquico você leva para o indivíduo, para as questões psicológicas dele, do que passa na mente dele, das relações, e o social é essa abrangência, tem a ver com o local que ele mora, com a mãe que ele teve que ter em termos de psique;

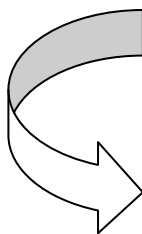


- Deveria estar tudo interligado porque o psíquico do indivíduo tem a ver com esse psíquico da mãe que fez esse laço social;



- É preciso tomar cuidado para não colocar no indivíduo, ele é o coletivo. A culpa não é do indivíduo e da mãe, mas o emprego que ele tem, o país em que ele vive, etc.

- **Autores de referência e/ou conceitos/teorias relacionadas à Atenção Psicossocial:** Apoio matricial / há uma mistura disso entre as perspectivas; é difícil estabelecer esta distinção porque essa compreensão vem diretamente relacionada à prática do dia a dia;



Observação: Parece ter havido mais dificuldade para associar ou estabelecer esta relação se comparado à Reabilitação Psicossocial.

## ***2) Aspectos relacionados à prática da Atenção Psicossocial e da Reabilitação Psicossocial***

- Reabilitação Psicossocial é um trabalho que exige tempo, demanda, investimento, articulação entre profissionais, dispositivos, bem como investimento destes para que, de fato, ocorra;
- Reabilitação Psicossocial deve ocorrer no território também; às vezes é o território que cuida;
- Embora a Reabilitação Psicossocial funcione, mesmo que para uma minoria, existe um perfil populacional para quem ela se destina = usuários mais



“prejudicados” (pacientes mais jovens têm menos perdas, então você só acompanha, não precisa reabilitar);

- Papel do profissional na Reabilitação Psicossocial: proporcionar que a pessoa alcance uma melhora no que é possível; oferecer atenção e cuidado para que haja melhora na qualidade de vida, retomar suas ações, trabalho, relações sociais, familiares / Auxiliar na diminuição de barreiras;
- Estreita relação entre a Reabilitação Psicossocial e a Enfermagem;
- Residências Terapêuticas e Centros de Convivência como estratégias para viabilizar a Reabilitação Psicossocial;
- Importante aproximar a articulação com os Centros de Convivência para viabilizar a Reabilitação Psicossocial;
- Atenção Psicossocial: algo bastante prático, de caráter mais “imediato / a curto prazo e relacionado a “dar conta” do que chega no serviço;
- Atenção Psicossocial no manejo da crise;
- Atenção Psicossocial como forma de acompanhar o usuário;

### ***3) Dilemas e desafios enfrentados no cotidiano do cuidado: reflexões a partir do proceder com a Atenção Psicossocial e a Reabilitação Psicossocial***

- Questionamento sobre o que é reabilitar hoje diante de uma sociedade cada vez mais intolerante, com cada vez menos espaços coletivos e dificuldades organizacionais da rede / Questionamento sobre a existência de interesse político em focar na reabilitação;
- Somos convocados a trabalhar cada vez mais numa lógica ambulatorial;
- \*\*Dentro da assistência fica muito o trabalho da Reabilitação Psicossocial da assistente social com a psicóloga, é uma parceria. Já na saúde, na saúde mental é a reabilitação do indivíduo, da psique no social / Fica muito dentro do CAPS, às vezes ficam muito mais com as questões do adoecimento, da terapia do que do investimento na sociedade, no ambiente que o sujeito está, da família, das relações sociais / Várias questões sociais acabam sendo pouco alcançadas fora do CAPS;
- \*\*Atenção Psicossocial: incômodo com o termo psicossocial em função das ações desenvolvidas no CAPS versus núcleo profissional;

- Atualmente fazem mais Atenção Psicossocial: é o que tem sido mais possível em função do excesso de trabalho, demandas e exigências que a atenção à crise impõe;
- O manejo da crise acaba impondo que se faça mais Atenção Psicossocial do que Reabilitação Psicossocial;
- As demandas sociais que chegam no CAPS também impõem esta condição;
- Por trabalhar no período noturno considera que está mais na Atenção, por não participar de grupos, de outras ações e estratégias no serviço / Às vezes se sente trabalhando no PS;
- O foco dos CAPS é a Reabilitação Psicossocial, apesar da configuração atual;
- Dificuldades de fazer a Reabilitação Psicossocial e mantê-la em função, principalmente, da falta de apoio da rede, de estrutura, de recursos e também em função do contexto social;
- Desesperança, frustração e pesar por não conseguir fazer Atenção Psicossocial e Reabilitação Psicossocial da maneira como concebem e acreditam;
- Há casos que não se reabilitam e viram o conflito do CAPS;
- Família: dificuldade de envolvê-la no cuidado, apesar de ser um dos pilares no processo de Reabilitação Psicossocial;

## **ROTEIRO 2 – APROFUNDAMENTO DE QUESTÕES**

### **Eixos para aprofundamento e novas discussões**

1) Vocês consideraram a Atenção Psicossocial como algo bastante prático, que se relaciona muito com o manejo da crise quando ela chega ao serviço. Mas também consideraram se tratar de um olhar amplo, de avaliar circunstancialmente a situação do sujeito, envolvendo todos os aspectos de sua vida. É isso mesmo? Vocês podem falar mais sobre?

2) Vocês apontaram as Residências Terapêuticas e os Centros de Convivência como importantes dispositivos para fazer a Reabilitação acontecer. Mas como isso se dá na prática (exemplos)? Vamos falar mais disso?

3) Gostaria que vocês falassem sobre exemplos práticos de Atenção Psicossocial e Reabilitação Psicossocial.

4) Vocês falaram que a primeira vez que ouviram falar da Atenção Psicossocial foi quando ouviram falar do CAPS. Vamos falar mais sobre isso?

5) Apareceu um certo incômodo com o termo psicossocial em função das características que ele engloba (o psíquico e o social) e a maneira como se trabalha com isso dentro do CAPS: foco maior no sofrimento e terapias e menor nos aspectos sociais; pouco se faz para fora do CAPS. Vamos falar mais sobre isso?

# ANEXO

UFSCAR - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SÃO CARLOS



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Concepções teóricas e práticas no campo da Saúde Mental

**Pesquisador:** Giovana Garcia Morato

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 61773316.0.0000.5504

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.912.115

#### **Apresentação do Projeto:**

Trata-se de estudo exploratório de abordagem qualitativa, cujo objetivo geral é identificar as concepções teórico-práticas atuais em curso no Brasil acerca da Atenção Psicossocial e da Reabilitação Psicossocial. O presente estudo será composto por 3 Etapas: A primeira etapa consistirá na realização de entrevista semiestruturada com pesquisadores brasileiros e focalizará compreender, a partir da perspectiva destes, sobre a concepção teórica e prática da Atenção Psicossocial e Reabilitação Psicossocial no Brasil atualmente. Para esta etapa os instrumentos serão um roteiro de entrevista e um formulário de caracterização dos pesquisadores brasileiros. Na segunda etapa, serão convidados a participar de Grupo Focal profissionais de nível superior dos Centros de atenção Psicossocial III (CAPS III) do município participante, objetivando verificar quais das concepções (Atenção Psicossocial ou Reabilitação Psicossocial) estes adotam, como as concebem e como as convertem em práticas de cuidado no cotidiano do serviço. Para esta etapa os instrumentos serão um formulário de caracterização dos serviços, um formulário de caracterização dos profissionais dos serviços e um roteiro para condução de Grupo Focal com profissionais dos serviços. Na terceira etapa, serão convidados a participar de Grupo Focal específico para categoria profissional, terapeutas ocupacionais dos mesmos Centros de atenção Psicossocial III (CAPS III) da etapa 2 do município participante com o objetivo de verificar se existem particularidades nas duas

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 1.912.115

perspectivas (Atenção Psicossocial e Reabilitação Psicossocial) para a terapia ocupacional, qual delas têm adotado e porque e como esta(s) perspectiva(s) contribui(em) para a atuação profissional. Para esta etapa os instrumentos serão um formulário de caracterização dos terapeutas ocupacionais e um roteiro para condução do Grupo Focal com esta categoria profissional. Os dados coletados nas três etapas serão analisados utilizando-se a Técnica de Análise Temática para a construção de categorias de análise.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

- Identificar as concepções teórico-práticas atuais em curso no Brasil acerca da Atenção Psicossocial e da Reabilitação Psicossocial.

Objetivo Secundário:

- Verificar junto aos pesquisadores brasileiros da perspectiva de Atenção Psicossocial, qual a concepção teórico-prática desta atualmente, como a definem, como a diferenciam da perspectiva de Reabilitação Psicossocial e em qual aspecto, bem como compreendem sua operacionalização atualmente;

- Verificar junto aos pesquisadores brasileiros que já se debruçaram sobre a compreensão e aprimoramento da perspectiva de Reabilitação Psicossocial no Brasil, ou que tenham trajetória significativa no campo da reforma psiquiátrica brasileira, como a concebem atualmente no contexto brasileiro, se a diferenciam da perspectiva de Atenção Psicossocial e em qual aspecto, bem como compreendem sua operacionalização atualmente em sua forma adaptada da original italiana;

- Identificar junto aos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que compõem a rede de saúde mental do município [REDACTED] a compreensão destas duas perspectivas, qual delas eles têm adotado e como esta(s) se converte(em) em práticas de cuidado no cotidiano dos serviços;

- Identificar se os terapeutas ocupacionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que compõem a rede de saúde mental do município [REDACTED] observam particularidades nas duas perspectivas para a terapia ocupacional, qual delas têm adotado e porque e como esta(s) perspectiva(s) contribui(em) para a atuação profissional

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos foram revistos e esclarecidos; portanto, os riscos e benefícios estão ponderados. A pesquisadora aponta que não haverá benefícios diretos aos participantes da pesquisa, sendo citado nos TCLEs.

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 1.912.115

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto de pesquisa relevante para a área temática específica, estando bem estruturado e fundamentado, com referências pertinentes ao tema. A pesquisadora esclareceu no âmbito metodológico: que o TCLE apresentado aos pesquisadores em entrevistas por via Skype serão assinados, digitalizados e enviados à pesquisadora por correio eletrônico; quanto à inserção dos participantes da pesquisa na técnica de grupo focal, a pesquisadora esclareceu: o número de grupos a ser realizado; números de reuniões e encontros previstos; tempo de duração da técnica e gravação por áudio, sendo que todos esses esclarecimentos foram citados nos TCLEs.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os documentos do protocolo foram revistos e respeitam os princípios da Resolução 466/2012.

**Recomendações:**

Sem recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As solicitações deste Comitê à pesquisadora foram acatadas e não há pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento  | Arquivo                                      | Postagem               | Autor                 | Situação |
|---|--|------------------------|-----------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_809500.pdf | 23/12/2016<br>11:11:12 |                       | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | PROJETO_Giovana_Morato_NOVO.pdf              | 23/12/2016<br>11:04:33 | Giovana Garcia Morato | Aceito   |
| Outros  | Carta_esclarecimento_parecerista.pdf         | 23/12/2016<br>10:11:56 | Giovana Garcia Morato | Aceito   |
| Outros  | Autoriz_████████_datada.pdf                  | 23/12/2016<br>10:10:43 | Giovana Garcia Morato | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_TO_NOVO.pdf                             | 23/12/2016<br>09:49:45 | Giovana Garcia Morato | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_Profissionais_NOVO.pdf                  | 23/12/2016<br>09:49:07 | Giovana Garcia Morato | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento /                           | TCLE_Pesq_RP_NOVO.pdf                        | 23/12/2016<br>09:48:25 | Giovana Garcia Morato | Aceito   |

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



UFSCAR - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 1.912.115

|   |                                |                        |                       |        |
|---|--------------------------------|------------------------|-----------------------|--------|
| Justificativa de Ausência                                 | TCLE_Pesq_RP_NOVO.pdf          | 23/12/2016<br>09:48:25 | Giovana Garcia Morato | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_Pesq_AP_NOVO.pdf          | 23/12/2016<br>09:47:44 | Giovana Garcia Morato | Aceito |
| Folha de Rosto  | FR_Ass.pdf                     | 19/10/2016<br>20:45:52 | Giovana Garcia Morato | Aceito |
| Outros  | Roteiro_GF_TO.pdf              | 19/10/2016<br>20:07:00 | Giovana Garcia Morato | Aceito |
| Outros  | Roteiro_GF_prof.pdf            | 19/10/2016<br>20:03:56 | Giovana Garcia Morato | Aceito |
| Outros  | Roteiro_entrevista_pesq_RP.pdf | 19/10/2016<br>20:03:12 | Giovana Garcia Morato | Aceito |
| Outros  | Roteiro_entrevista_pesq_AP.pdf | 19/10/2016<br>20:02:42 | Giovana Garcia Morato | Aceito |
| Outros  | Form_caract_TO.pdf             | 19/10/2016<br>20:00:53 | Giovana Garcia Morato | Aceito |
| Outros  | Form_caract_prof_servicos.pdf  | 19/10/2016<br>19:59:53 | Giovana Garcia Morato | Aceito |
| Outros  | Form_caract_pesq_RP.pdf        | 19/10/2016<br>19:59:03 | Giovana Garcia Morato | Aceito |
| Outros  | Form_caract_pesq_AP.pdf        | 19/10/2016<br>19:56:25 | Giovana Garcia Morato | Aceito |
| Outros  | Form_caract_CAPS.pdf           | 19/10/2016<br>19:53:37 | Giovana Garcia Morato | Aceito |
| Outros  | Autoriz_████.pdf               | 19/10/2016<br>19:44:50 | Giovana Garcia Morato | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO CARLOS, 07 de Fevereiro de 2017

Assinado por:  
Priscilla Hortense  
(Coordenador)

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br