



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE GRADUAÇÃO SERVIÇO SOCIAL**

LUCILENE ALVES PEREIRA

**A INTERDISCIPLINARIDADE NA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) II NOVOS TEMPOS DA CIDADE
DE CAMPINA GRANDE/PB**

**CAMPINA GRANDE
2011**

LUCILENE ALVES PEREIRA

**A INTERDISCIPLINARIDADE NA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) II NOVOS TEMPOS DA CIDADE
DE CAMPINA GRANDE/PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Ms. Tereza Cristina Ribeiro da Costa.

CAMPINA GRANDE
2011

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial Luiza Erundina (Serviço Social) – UEPB

P436i

Pereira, Lucilene Alves.

A Interdisciplinaridade na percepção dos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II Novos Tempos da cidade de Campina Grande/PB [manuscrito] / Lucilene Alves Pereira. – 2011.

29 f.

Digitado.

Trabalho Acadêmico Orientado (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2011.

“Orientação: Profa. Ma. Tereza Cristina Ribeiro da Costa, Departamento de Serviço Social”.

1. Saúde Mental. 2. Reforma Psiquiátrica. 3. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II. 4. Serviço Social. I. Título.

21. ed. CDD 362.2

LUCILENE ALVES PEREIRA

**A INTERDISCIPLINARIDADE NA PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) II NOVOS TEMPOS DA
CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado como pré-requisito para
obtenção do título de Bacharel em
Serviço Social pela Universidade
Estadual da Paraíba – UEPB - Campus I
– Campina Grande.

Campina Grande, 21 de novembro de 2011.

Nota 10,0 (Dez)

BANCA EXAMINADORA

Tereza Cristina Ribeiro da Costa

Profª. Ms. Tereza Cristina Ribeiro da Costa – CCSA/UEPB
Orientadora

Célia de Castro

Profª. Ms. Célia de Castro – CCSA/UEPB
Membro da Banca Examinadora

Maria do Socorro Pontes de Souza

Profª. Ms. Maria do Socorro Pontes de Souza – CCSA/UEPB
Membro da Banca Examinadora

É com muito carinho, amor, emoção e prazer que dedico essa vitória primeiramente a Deus, em segundo ao meu inesquecível e adorável PAI Francisco Alves Pereira (in memória) por tudo que representou na minha vida. Ele foi verdadeiramente o maior mestre da minha vida. A minha humilde e amada mãe Luiza Alexandre Alves que com seu jeito meigo e pacato de ser se fez presente ao longo dessa fase que concluímos juntas. Outra pessoa que não poderia esquecer jamais é a minha irmã-mãe Luaninha, pela sua grande contribuição ao longo dessa caminhada, maninha essa vitória também é sua, por todo esforço e confiança depositado. Essas pessoas são verdadeiramente dignas dessa e outras vitórias que ainda virão, pois se não fosse pelo carinho, atenção, cuidado, dedicação e companheirismo delas não teria chegado até aqui. Dedico tudo que sei e o que sou a vocês, por terem sido exemplos de força, perseverança, fraternidade, respeito, fé e sobretudo humanos para entender minhas angústias e respeitar minhas fraquezas. Por estarem sempre ao meu lado, acreditando que eu seria capaz.

“Que a família comece e termine sabendo aonde vai e que o homem carregue no ombro a graça de um pai” Pe. Zezinho.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus, pois sem a sua permissão não teria encontrado força de vontade, coragem e pessoas que foram enviadas por ele com a missão de serem verdadeiros anjos para me ajudarem a perseverar e ultrapassar essa fase da minha vida. Essas pessoas merecem serem explicitadas neste trabalho, pois sem a atenção, a preocupação e o companheirismo delas talvez fosse impossível concluir essa etapa. É com muita alegria que agradeço ao meu Pai Francisco Alves Pereira, que embora não esteja mais presente entre nós conseguiu com seu jeito amigo de ser nos deixar valiosos ensinamentos. Obrigada meu querido, meu velho e verdadeiro amigo, por ter sido o melhor pai que alguém poderia ser, por todos os momentos que compartilhamos nesta vida. Te amo!

A minha mãe Luiza que também se empenhou bastante nesta luta e desenvolveu tudo que lhe foi possível com muito amor e dedicação.

As minhas irmãs: Lucinete que enquanto morava aqui sempre se preocupou em não me deixar faltar nada, inclusive atenção e carinho. E a Guerreira Luana, essa falta palavras para contemplar o que realmente queria expressar nesse momento de alegria e gratidão. Desejo de coração que Jesus se faça sempre presente em nossas vidas, a cada dia fortalecendo mais nosso vínculo de amor e união.

A Dr^a. Dercy, a irmã amiga que a vida me concedeu de presente para caminhar comigo durante esses quatro anos de curso. Ela com seu jeito carrasco de ser, esconde dentro de si a verdadeira generosidade que um ser humano é capaz de ter para com o outro. De coração obrigado por tudo que fez por mim. Desejo que Jesus possa retribuir da melhor forma possível.

A meu namorado José Felix, que apesar da distância se fez presente em todos os momentos desta caminhada, dividindo alegrias, angústias e conquistas durante os quatro anos de curso. A partir dessa experiência vivenciada com ele cheguei à conclusão de que todo relacionamento deve ser sustentado pelo o amor, carinho, atenção, e acima de tudo muito afeto e companheirismo isso foi o que ele me dispensou durante essa caminhada.

Ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II “Novos Tempos” que me acolheu como estagiária contribuindo de forma significativa para minha formação profissional.

Aos Professores, com os quais muito pude aprender e obter elementos para este trabalho. Aos colegas de classe com quem convivi com muita alegria. Enfim a todos que participaram dessa caminhada comigo seja de forma direta ou indireta.

LISTA DE SIGLAS

CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CNSM	Conferencia Nacional de Saúde Mental
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MNLA	Movimento Nacional de Luta Antimanicomial
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares

SUMÁRIO

RESUMO	7
1 INTRODUÇÃO	8
2 NOTAS APROXIMATIVAS ACERCA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO CONTEXTO MUNDIAL E NACIONAL	9
2.1 Configuração da Reforma Psiquiátrica no Estado da Paraíba	14
3 INTERDISCIPLINARIDADE E SAÚDE MENTAL: DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E PRÁTICAS INTERDISCIPLINARES .	16
4 O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) II NOVOS TEMPOS	20
4.1 A concepção da interdisciplinaridade na visão dos profissionais	22
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS	27

A INTERDISCIPLINARIDADE NA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) II NOVOS TEMPOS DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB

Lucilene Alves Pereira

RESUMO

O presente artigo é fruto do projeto de pesquisa sobre a interdisciplinaridade na percepção dos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II “Novos Tempos”, da cidade de Campina Grande/PB. Esse foi desenvolvido no decorrer do nosso estágio curricular nos meses de agosto e setembro de 2011. Realizamos entrevistas com 7 profissionais que atuam na equipe multiprofissional, com objetivo de identificar as concepções que eles têm sobre interdisciplinaridade e como essas interferem nas atividades realizadas pela equipe. Nesta perspectiva, é apresentado inicialmente um debate em termos conceitual e histórico que discute a temática. Em seguida apresentamos os resultados da pesquisa, trata-se de uma pesquisa qualitativa; do tipo analítico. Logo partimos de uma perspectiva analítica crítica, tendo por base a abordagem qualitativa. Cabe ressaltar que também foi realizada uma pesquisa de ordem bibliográfica, para uma melhor fundamentação teórica. A análise das entrevistas buscou abranger o relato específico de cada profissional e posteriormente o conjunto de relatos.

Palavras Chave: Saúde Mental. Interdisciplinaridade. Equipe.

ABSTRACT

The present article is fruit of the research project on the interdisciplinaridade in the perception of the professionals of the Center of Atenção Psicossocial (CAPS) II “New Times”, of the city of Campina Grande/PB. This was developed in elapsing of our curricular period of training in the months of August and September of 2011. We carry through interviews with 7 professionals who act in the multiprofessional team, with objective to identify the conceptions that they have on interdisciplinaridade and as these intervene with the activities carried through for the team. In this perspective, a debate in terms is presented initially conceptual and historical that the thematic one argues. After that we present the results of the research, is about a qualitative research; of the analytical type. Soon we leave of a critical analytical perspective, having for base the qualitative boarding. It fits to stand out that also a research of bibliographical order was carried through, for one better theoretical recital. The analysis of the interviews searched to later enclose the specific story of each professional and the set of stories.

Words Key: Mental health. Interdisciplinaridade. Team.

1 INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica representa uma ampla mudança do atendimento público em saúde mental, uma vez que, visa garantir o acesso da população aos serviços e o respeito a seus direitos e liberdade. Partindo do paradigma da desinstitucionalização, os novos dispositivos de saúde mental pautam-se no redimensionamento e complexidade da atenção às pessoas com sofrimento psíquico, na reabilitação psicossocial, na construção de autonomia, bem como na construção da cidadania.

A Política Nacional de Saúde Mental apoiada na Lei 10.216/01 tem por objetivo consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária para a saúde mental. Isto implica garantir a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, oferecendo cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece. Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os CAPS. Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), 3% da população brasileira sofre com transtornos mentais severos e persistentes; mais de 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas; 12% da população precisa de algum atendimento em saúde mental seja de forma contínua ou eventual.

O CAPS, serviço substitutivo ao manicômio, propõe um novo arranjo organizacional. Essas instituições atuam na perspectiva multidisciplinar, e suas equipes são compostas entre outros profissionais por: Psicólogos, Psiquiatras, Enfermeiros e Assistentes Sociais. Neste contexto, convém salientar de acordo com Delgado (2008), que a partir de 1973, o Ministério da Previdência Social demonstrou a relevância de se ter uma equipe multiprofissional no trato da saúde mental, assim, efetivando-se assim a presença do Serviço Social em hospitais psiquiátricos atendendo a uma necessidade do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), no sentido de controlar a assistência psiquiátrica.

Esses seriam espaços propícios para o desenvolvimento de uma prática profissional interdisciplinar, à medida que, a interdisciplinaridade busca dentre seus objetivos uma integração das diversas profissões, em prol de um objetivo comum.

Este trabalho tem como objetivo analisar a concepção que os profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II “Novos Tempos”, do município Campina Grande/PB, tem acerca da interdisciplinaridade. A aproximação com a temática se deu em Serviço Social junto ao orientador no período do nosso estágio curricular. No decorrer de nossas observações, várias possibilidades de objetos de estudo foram levantadas, porém, elegemos como prioridade de análise a percepção da equipe profissional acerca da interdisciplinaridade no

trabalho. Partindo do pressuposto de que esta categoria representa um conjunto de profissionais com formações diferentes, agrupando saberes e fazeres específicos, em um espaço de conflito, negociação e apoio entre os profissionais.

Para alcançarmos o objetivo do nosso estudo optamos pela pesquisa de campo, bem como bibliográfica com base em fontes diversas (livros, artigos, TCCs e diário de campo) e pela minha vivência como estagiária. Entre os instrumentos utilizados na realização desse trabalho destacamos a observação participante, o roteiro de entrevista semi-estruturada, e o diário de campo que foi um instrumento de fundamental importância, nele estão sistematizadas minhas experiências.

Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas, feitas com profissionais de nível superior. Foram entrevistados 7 profissionais, entre eles: assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas e pedagogas. Todos os profissionais entrevistados são do sexo feminino, 90% têm mais de 5 anos de trabalho na instituição, quanto ao vínculo empregatício aproximadamente 80% dos profissionais são contratados. A análise de dados foi realizada por um único examinador considerando o relato específico de cada profissional e posteriormente o conjunto de relatos.

Esse estudo se reveste de uma importância teórico-acadêmica bastante significativa na medida em que pretende contribuir com a literatura existente acerca da interdisciplinaridade, pois, no nosso entendimento a produção científica sobre essa temática ainda se mostra insuficiente, tamanha é a sua complexidade bem como os elementos que a compõe. Do ponto de vista institucional, nossa pretensão é que esse estudo possa contribuir para uma reflexão acerca da prática profissional desenvolvida na instituição, podendo favorecer uma possível reorganização do trabalho na equipe do CAPS- II Novos Tempos.

2 NOTAS APROXIMATIVAS ACERCA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO CONTEXTO MUNDIAL E NACIONAL

O conhecimento a respeito da historicidade dos fatos e fenômenos sociais é o caminho para explicitar as contradições e determinações presentes no curso da humanidade. O enfoque da loucura como doença e da psiquiatria como especialidade médica é algo novo na história da humanidade. Cabe realçar que, há séculos a loucura faz parte da nossa história.

De acordo com Foucault (1997), nos séculos XVII e XVIII a incapacidade do trabalho levava os loucos juntamente com mendigos e os demais excluídos da sociedade a habitarem lugares como os leprosários. Neste período, a hospitalização não tinha uma função médica, mas sim de reclusão objetivando manter a ordem social.

Na modernidade a loucura está relacionada com a psiquiatria. No século XVIII, Phillippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria, propõe uma nova forma de tratamento aos loucos, libertando-os das correntes e transferindo-os aos manicômios, destinados somente aos doentes mentais. Apesar dos loucos serem libertados das correntes, permaneceram nos hospícios, contudo ganharam mais visibilidade.

[...] no século XIX, na Inglaterra Vitoriana, criaram-se as leis dos pobres, os doentes mentais foram os primeiros a serem estigmatizados e nas naus dos insensatos jogados ao mar. Ali do lado, um pouco antes, na França da Revolução, a lei dos pobres, também a pretexto de protegê-los, discriminava os doentes mentais, mas buscou distingui-los com o tratamento moral. Foi um francês, Philip Pinel, que imaginou a possibilidade de construir o acolhimento e um lugar de atenção e através do *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou mania* consolava e classificava os delirantes, e os manteve internados e isolados, por mais de cem anos. Nasceu o primeiro hospital especializado, protegendo os pacientes da impiedade e da legislação discriminatória da época, que não os via como nobres, burgueses, cidadãos produtivos e nem mesmo *sans-cullotes*, encarcerando a folia. Nascido sob o regime do terror (1793), o alienismo aboliu as correntes dos loucos, libertando-os nos hospícios. Alienado, estranho de si mesmo, mas capaz de ver-se tratado pelo seu resto de razão (DELGADO, 2008, p. 3).

De acordo com o autor anteriormente citado, o manicômio foi à primeira instituição psiquiátrica com objetivo de oferecer tratamento apenas para pessoas acometidas por algum tipo de sofrimento psíquico, visando de certa forma, diminuir o preconceito e a estigmatização sofrida por essas. Com o passar do tempo, essa instituição foi perdendo sua razão de ser, haja vista que, o hospital fechado que tratava os indivíduos isoladamente na medida em que protegia também reforçava o preconceito. De acordo com Delgado (2008) a loucura se tornou doença mental há aproximadamente dois séculos, até então a loucura era vista como insensatez cultural, religiosa, social, pessoal.

[...] A psiquiatria não foi feita para recalcar a personalidade e suas manifestações múltiplas, transformando-as em sintomas da loucura. Não podemos enlouquecer todos com a psiquiatrização de seus conflitos e das dificuldades. Da mesma maneira, fazer o discurso da excelência do avanço médico e do avanço técnico não é integrar-se ao saber médico [...] (p. 5).

De acordo com o referido autor, os valores fundamentais dos quais o sofrimento mental precisa para se ancorar, são dois a escuta do sofrimento e a construção de um novo modelo de financiamento, estes são a base da reforma psiquiátrica. Logo, é essencial construir um modelo de atenção considerando o paciente e suas possibilidades terapêuticas, para tanto, se faz necessário a transferência de recursos da área privada para o sistema aberto.

De acordo com Amarante (1995), no contexto internacional os primeiros movimentos de reforma psiquiátrica se iniciaram no período pós-guerra. As reformas posteriores a de Pinel questionaram o papel e a natureza ora da instituição asilar, ora do saber psiquiátrico. Nesta conjuntura ocorre a Reforma Sanitária Inglesa, esta é marcada pelo trabalho de Jones¹ que pontua uma nova relação entre o hospital psiquiátrico e a sociedade, ao demonstrar a possibilidade de pessoas com sofrimento psíquico serem tratados fora do manicômio.

O movimento da Reforma Psiquiátrica foi um movimento iniciado mais especificamente na década de 1970, na Itália, pelo psiquiatra Franco Basaglia, o mesmo teve como eixo principal a substituição das estruturas manicomiais por estruturas alternativas. Haja vista que, o manicômio não tratava as pessoas acometidas por algum tipo de transtorno mental, apenas as enclausurava em ambientes fechados. Convém salientar que, esse movimento inicia-se na Itália, mas tem repercussões em todo o mundo, em especial no Brasil.

Em relação ao nosso país, a reforma psiquiátrica vem se desenvolvendo há décadas, mais precisamente a partir do final dos anos setenta, quando algumas experiências embrionárias aconteceram no então Centro Psiquiátrico Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro. O movimento aponta entre outras coisas para as dificuldades do modelo que abalizou os paradigmas da psiquiatria clássica² e tornou o hospital psiquiátrico como dispositivo central no tratamento, facilitando a exclusão dos doentes mentais em todo o país.

Vale destacar que, o período que vai da constituição da medicina mental, posteriormente chamada de psiquiatria em meados do século XIX, até as primeiras décadas do século XX, mais precisamente até a Grande Guerra Mundial é considerado como uma trajetória higienista- que diz respeito ao aparecimento e desdobramento de um projeto de

¹ Maxwell Jones consagra-se o mais importante autor e operador prático da comunidade terapêutica. Ao organizar, nos primeiros momentos de sua experiência, os internos em grupos de discussão, grupos operativos e grupos de atividades, objetivando o envolvimento do sujeito com sua própria terapia e com a dos demais.

² De acordo com Rotelli (apud AMARANTE, 2009), a Psiquiatria Clássica, considera a loucura como doença, erro absoluto, distúrbio da razão, perda do juízo, incapacidade civil, e ainda irresponsabilidade social e jurídica, sendo assim criou para o louco um lugar de exclusão, sem possibilidades de trocas sociais.

medicalização social, no qual a psiquiatria surge como instrumento tecnocientífico de poder (AMARANTE, 1995).

Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes e valores é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões e desafios.

Segundo Amarante (1995), o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira compreende três momentos distintos, o primeiro é um momento de crítica ao modelo hospitalocêntrico que exclui e não trata. Neste período ocorreu uma série de eventos importantes como a criação do primeiro CAPS, em São Paulo, e do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), em Santos. Ocorre também a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro, e a intervenção na Casa de saúde Anchieta em São Paulo.

Dentre as principais instituições, e movimentos envolvidos com a formulação das políticas de saúde mental no Brasil encontra-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Esses e outros movimentos contribuíram para uma mudança de mentalidade no campo da saúde mental, sobretudo, por provocarem mudanças de atitudes na forma como era vista a doença.

De acordo com o autor supracitado, o MTSM é o primeiro movimento de saúde com participação popular que ganhou destaque em função da luta popular que o mesmo desencadeou no campo da saúde mental. Outra expressão do MTSM é a Articulação Nacional da Luta Antimanicomial³. O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) é uma organização civil da área de saúde e direitos humanos, que estava na luta pela reorientação e a redefinição do modelo psiquiátrico no Brasil. Essa Luta nasce intensamente marcada pela idéia de defesa dos direitos humanos e o resgate da cidadania dos que carregam transtornos mentais.

Ainda com base em Amarante (1995), o segundo momento da reforma psiquiátrica é o da trajetória sanitária, iniciado nos primeiros anos da década de 1980. No campo específico da saúde mental, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), bem como a ampliação da rede de atenção psicossocial; expansão dos CAPS e NAPS.

Em agosto de 1998, o Ministério da Saúde, considerando a situação das diversas unidades hospitalares no país e a necessidade de garantir a universalidade, equidade,

³ Em 1987, o MTSM, no Congresso de Bauru, São Paulo, passa a incluir em suas discussões as pessoas com sofrimento psíquico e seus familiares, e radicaliza a sua luta adotando o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Desta forma, o MTSM passa, então, a se denominar Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA), um movimento social que luta entre outras coisas pela extinção dos manicômios.

hierarquização e a regionalização dos serviços dentro dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde – SUS, e visando garantir a qualidade mínima necessária aos serviços de saúde instituiu através da Portaria nº 3.409, o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços hospitalares prestados aos usuários do SUS, respeitando os princípios de universalidade e da equidade (BRASIL, 2002).

O terceiro momento representa um grande avanço para saúde mental, com aprovação da Lei de nº 10.216 de 6 de abril de 2001, onde encontra-se sobre seus dispositivos a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental.

É no contexto da promulgação da referida Lei e da realização da III CNSM, que a política de Saúde Mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade. Esta é a primeira lei de desospitalização e desmanicomialização em discussão no parlamento latino-americano.

Segundo Amarante (1995), a desinstitucionalização na saúde mental deve ser entendida como um processo de desconstrução de saberes e práticas psiquiátricas, que sustentam a loucura e reforçam a instituição hospitalar como principal referência para a atenção em saúde mental. Logo a desinstitucionalização traz novos paradigmas na construção de redes substitutivas do modelo hospitalocêntrico. Neste contexto, a Portaria/GM nº 336 - de 19 de fevereiro de 2002, estabelece a implementação dos diversos tipos de CAPS, dentre eles: o CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II, e seu modelo de funcionamento.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Com a criação desses centros, possibilita-se a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. Os CAPS são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários que oferecem atendimento diário (BRASIL, 2011).

Na contemporaneidade evidencia-se que os diferentes percursos da reforma psiquiátrica brasileira têm expressado a fragilidade do sistema de saúde para oferecer outro tipo de atendimento que não aquele centrado no leito hospitalar. Reforma psiquiátrica, hoje, é discutida como parte das políticas de saúde, principalmente no âmbito dos governos municipais. A mesma, no Brasil vem se configurando como um movimento com diferentes

graus de adesão e entendimento por parte dos profissionais e de alguns segmentos da sociedade.

Nesta perspectiva é possível sinalizar que, a Reforma Psiquiátrica representa uma ampla mudança no atendimento público em Saúde Mental, uma vez que, visa garantir o acesso da população aos serviços e o respeito a seus direitos e liberdade. Além disso, a Política de Saúde Mental no Brasil vem promovendo a redução de leitos psiquiátricos.

Espera-se da reforma psiquiátrica não apenas a transferência do doente mental para fora do hospital, mais o resgate ou o estabelecimento da cidadania da pessoa com sofrimento psíquico, o respeito a sua singularidade e a reintegração do indivíduo na família e na sociedade. Para tanto, se faz necessário a constituição de uma rede de dispositivos diferenciados que permitam a atenção ao portador de transtorno mental no seu território, a desinstitucionalização de pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos e, ainda, ações que permitam a reabilitação psicossocial por meio da reinserção social através do trabalho, da cultura e do lazer. Isto implica uma progressiva mudança de mentalidade e comportamento da sociedade para com o doente mental.

As experiências da dinâmica da Reforma Psiquiátrica foram e continuam sendo vivenciadas em todo país, inclusive no estado da Paraíba que ganhou destaque no relatório de gestão 2003-2006, isso porque o hospital psiquiátrico João Ribeiro da cidade de Campina Grande sofreu intervenção do Ministério da Saúde e, posteriormente, o descredenciamento da Rede SUS.

2.1 CONFIGURAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO ESTADO DA PARAÍBA

Adentrando no estado da Paraíba, é pertinente destacar que, assim como foi institucionalizado o modelo de assistência psiquiátrica centrado na instituição asilar hospitalocêntrico, este foi predominante no Estado. De acordo com Silva (2003), inicialmente o tratamento era prestado em duas enfermarias na Casa de Misericórdia. Apenas no ano de 1889 os doentes mentais passaram a ter um lugar exclusivo pra eles: o Asilo Sant'Anna também chamado de "Asilo da Cruz do Peixe". Seu funcionamento foi autorizado pela Lei nº 05, de dezembro de 1892. O surgimento deste asilo representou no primeiro momento um avanço na assistência aos doentes mentais no Estado.

Conforme o referido autor a expansão dos serviços psiquiátricos na Paraíba se deu a partir da década de 1960, estes serviços eram de natureza privada, e estavam assim distribuídos: duas instituições em João Pessoa, duas em Campina Grande e uma em Cajazeiras, no sertão do Estado. Em relação aos indivíduos assistidos pelos serviços psiquiátricos tradicionais paraibanos, destacam-se as pessoas de baixa renda, subempregados, aposentados ou em processo de aposentadoria.

Fazendo um paralelo entre o cenário nacional da Reforma Psiquiátrica e o paraibano, é pertinente destacar que, no início do século XXI, muitos municípios do país passavam pelo processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas, o qual vinha produzindo mudanças importantes na rede de saúde e especialmente na rede de atenção à saúde mental. O município de Campina Grande/PB, ganhou destaque quando o hospital psiquiátrico João Ribeiro sofreu intervenção do Ministério da Saúde e, posteriormente, o descredenciamento da Rede SUS.

Depois de reiteradas avaliações negativas do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH)/Psiquiatria, começa a tomar curso o processo de desinstitucionalização dos 176 pacientes do Hospital. Através de sucessivas negociações entre os gestores federal, estadual e municipal, o hospital e o controle social, passaram a desencadear a partir de 2004, a reorganização dos serviços disponíveis e a implantação de serviços substitutivos no município.

O PNASH/Psiquiatria realizou várias visitas ao Hospital João Ribeiro, onde constatou péssimas condições de cuidados aos portadores de sofrimento psíquico. Logo o Ministério da Saúde conseguiu liminar junto a Justiça para intervir no Hospital. É importante salientar que o mesmo correspondia à grande parte da demanda na área da saúde mental na região (BRASIL, 2005).

A princípio foi feito uma análise da situação clínico-institucional e administrativo-financeira do hospital, seguida de uma proposta de desinstitucionalização. Posteriormente adotaram algumas medidas, dentre elas: um amplo plano de altas que foi operado de forma criteriosa, este demandava articulação entre as famílias e os serviços de saúde. Isso veio a contribuir para formação de uma rede de saúde mental, pois à medida que foram feitas as reduções de leitos no hospital, houve uma realocação dos recursos para a manutenção dos novos serviços de saúde mental.

O plano de saúde mental incluiu não só ações e serviços para o município de Campina Grande/PB, mas também a ampliação da rede de Saúde Mental nos municípios da macrorregião. Esses passaram a estruturar seus serviços para que pudessem atender suas próprias demandas. É então que Campina Grande/PB é contemplado com o Programa de Volta para Casa.

O Programa de Volta Para Casa dispõe sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial, instituído pela Lei 10.708, de 31 de julho de 2003, para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais, com história de longa internação psiquiátrica (com dois anos ou mais de internação) (BRASIL, 2003).

O município também passou a receber incentivos financeiros do Ministério da Saúde para a implantação dos CAPS e Residências Terapêuticas.

As residências terapêuticas constituem-se como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na comunidade. Além disso, essas residências podem servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental, que não contam com suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia (BRASIL, 2004, p. 7).

Após análise do relatório de gestão 2003-2006, se faz notório que em aproximadamente um ano, a cidade de Campina Grande/PB conseguiu reestruturar assistência em saúde mental e obteve avanços expressivos também na região. Convém avivar que, os gestores de saúde e a comunidade se engajaram no processo de construção de novas soluções para as demandas de saúde mental da região, como também pela Reforma Psiquiátrica, buscando proporcionar melhores qualidades de vida e da assistência prestada na área da saúde mental (BRASIL, 2005). De acordo com o mesmo, a cidade de Campina Grande/PB expressou uma das experiências mais significativas do País no processo de desinstitucionalização e reorganização da rede de atenção em saúde mental ocorridas no período 2003–2006.

Atualmente em Campina Grande/PB há uma rede de serviços substitutivos⁴, a exemplo dos CAPSs, dentre eles o CAPS II “Novos Tempos”, onde desenvolvemos nosso estágio

⁴ A rede de Saúde Mental do município conta com as seguintes instituições: A clínica Dr. Maia, o Centro de Convivência Cultura “Artes e Ofícios”, Equipes Matriciais, duas Residências Terapêuticas

supervisionado em Serviço Social no período compreendido de agosto de 2010 a dezembro de 2011. Logo é possível sinalizar que, amparados nos pressupostos da reforma psiquiátrica ocorreram mudanças significativas na área da saúde mental, pois a hospitalização que era considerada única possibilidade de tratamento as pessoas acometidas por algum tipo de sofrimento psíquico vem perdendo espaço para os serviços substitutivos.

Evidencia-se que, na dinâmica das relações históricas temos como reflexos da reforma psiquiátrica a substituição dos manicômios por outras práticas terapêuticas, esta vêm sendo objeto de discussão não só entre os profissionais de saúde, mas também em toda a sociedade. No entanto, a substituição dos hospícios por uma rede de serviços abertos por si só não são capazes de superar os paradigmas que envolvem o tratamento dos portadores de transtornos mentais. Nesta perspectiva se faz necessário, a realização de trabalhos interdisciplinares, onde aconteça de fato a integração entre os trabalhadores de saúde – saúde mental, usuários, famílias dos usuários, enfim a comunidade como um todo.

3 INTERDISCIPLINARIDADE E SAÚDE MENTAL: DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E PRÁTICAS INTERDISCIPLINARES

Na contemporaneidade a interdisciplinaridade vem sendo foco de diversos debates no campo profissional e acadêmico. De acordo com Fazenda (2001), a interdisciplinaridade ganha relevância no mundo ocidental a partir da década de 1960. Para melhor apreensão é possível esquematizar seu processo histórico: década de 1970, buscava-se definir a interdisciplinaridade; década de 1980, tentava-se construir um método para aplicabilidade da mesma e a partir da década de 1990, buscou-se a construção de uma teoria da interdisciplinaridade.

É importante realçar que, o conceito de interdisciplinaridade está relacionado com os seguintes termos: disciplinaridade, multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade e transdisciplinaridade. Segundo Japiassu (1976), a disciplinaridade representa uma área homogênea de estudo com fronteiras bem delimitadas. A multidisciplinaridade implica uma justaposição de diversas disciplinas, a mesma não pressupõe, essencialmente, trabalho em equipe e coordenação. Já a pluridisciplinaridade sugere um nível maior de relação entre as disciplinas e a transdisciplinaridade propõe a ausência de fronteiras entre elas. Em relação à

interdisciplinaridade, essa é conceituada pelo grau de integração entre as disciplinas e a intensidade de trocas entre os especialistas.

Na visão do referido autor, a interdisciplinaridade faz-se imponente a intercomunicação entre as disciplinas, de modo que resulte uma modificação entre elas, através de um diálogo compreensível, haja vista que, a simples troca de informações entre profissionais e ou organizações disciplinares não constitui um método interdisciplinar.

No Brasil, a partir da década de 1970, diante das políticas de cunho racionalizador adotadas pelo setor de saúde, as equipes ganham destaque como forma de alcançar os objetivos propostos. Com o movimento da Reforma Sanitária e as propostas de mudança do modelo assistencial, que se processaram no fim dos anos 1980 e têm tentado se efetivar desde a década de 1990, as equipes ganham relevância como forma de buscar a integralidade das ações e melhor qualidade dos serviços.

Na perspectiva de Nunes (1995), a possibilidade de haver interdisciplinaridade encontra-se na articulação entre o conhecimento do fato humano e a prática. Para o mesmo, não há um saber descontextualizado. Logo se faz necessário um projeto no qual os profissionais invistam seus esforços para a transformação de suas práticas cotidianas e a construção de novas formas de saber. Isso não implica em dizer que a ciência pretende perder de vista a disciplinaridade, mas entrevê a possibilidade de um diálogo interdisciplinar, que aproxime os saberes específicos, oriundos dos diversos campos do conhecimento, em uma homilia compreensível, aos diversos interlocutores.

Em relação às práticas desenvolvidas no âmbito da política de saúde, mais especificamente na saúde mental, nos últimos anos, em virtude da reforma psiquiátrica vem ocorrendo mudanças significativas a começar pelo paradigma - da institucionalização para o da desinstitucionalização. Desta forma, o cuidado em saúde mental vem sofrendo algumas alterações.

Segundo Amarante (1995), a desinstitucionalização na saúde mental deve ser entendida como desconstrução de saberes, discursos e práticas psiquiátricas que sustentam a loucura e reforçam a instituição hospitalar como principal referência para a atenção da saúde mental. Logo a desinstitucionalização traz novos paradigmas na construção de redes substitutivas ao modelo hospitalocêntrico.

No paradigma da desinstitucionalização, a relação entre o profissional e o usuário precisa ser uma relação entre pessoas, isso implica numa relação mais humanizada, diferentemente de como acontecia nos manicômios. Nesta perspectiva, se encontra espaço para uma proposta de trabalho interdisciplinar, e considerando que o cuidado é o principal

elemento para transformar o modo de viver e sentir o sofrimento do portador de transtorno mental.

Neste contexto ampliam-se os CAPS, estes deverão obedecer a alguns princípios básicos, dentre eles: se responsabilizarem pelo acolhimento de 100% da demanda dos portadores de transtornos severos de seu território. As instituições devem trabalhar com a idéia de gerenciamento de casos, personalizando o projeto terapêutico de cada paciente dentro e fora da unidade. A política nacional de saúde mental tem entre seus objetivos: prestar atendimento aos portadores de transtornos mentais visando à reintegração social das pessoas acometidas por algum tipo de transtorno (BRASIL, 2011).

É partindo, pois, do paradigma da desinstitucionalização que identificamos o surgimento de novas práticas no âmbito da saúde mental. Logo, podemos considerar os CAPSs como sendo um lugar privilegiado para a execução do trabalho interdisciplinar, uma vez que, sua equipe de profissionais é composta por psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, entre outras categorias profissionais, ou seja, tem uma equipe multiprofissional. Nesse novo paradigma, o cuidado envolve a reformulação de conceitos e o repensar velhas atitudes e pensamentos que geralmente segregavam e excluía o portador de transtorno mental.

Em relação aos assistentes sociais, cabe realçar que de acordo com Vasconcelos (2002), nos últimos anos vem ocorrendo um debate sobre a interdisciplinaridade no âmbito do serviço social brasileiro, embora não seja de maneira sistematizada. Nesta perspectiva, é pertinente salientar que, as linhas tidas como centrais nesse debate de acordo com o referido autor são: a natureza do campo teórico do serviço social, onde de um lado sustenta a possibilidade de um estatuto teórico e metodológico próprio e, por outro, existe a visão de que o serviço social não se constitui como núcleo próprio; outra que diz respeito às bases filosóficas e epistemológicas da prática interdisciplinar para ciências tanto no geral, quanto no particular; as práticas interdisciplinares em campos específicos de atuação entre outras.

Ainda conforme a visão do autor, o viés da desinstitucionalização coloca a desconstrução como elemento necessário a um movimento de renovação no que se refere aos saberes e cuidados na área da saúde mental. Isso atingirá de forma direta ou indiretamente as estruturas institucionais convencionais e o saber psiquiátrico tradicional. Neste sentido, a estratégia de desinstitucionalização representa um processo de questionamentos e revisão de conceitos.

Neste contexto, é salutar destacar em relação à literatura especializada sobre a interdisciplinaridade, que na mesma coexistem diferentes concepções. Sendo assim,

buscaremos evidenciar de maneira sintética alguns pontos relevantes para que, se possa entender melhor o que seria então a interdisciplinaridade, elemento que vem ganhando espaço no debate contemporâneo na esfera sócio-profissional.

Compartilhamos da idéia de Vasconcelos (2002), quando esse faz algumas ponderações a respeito da multidisciplinaridade como o lugar onde diferentes profissionais trabalham de forma isolada, sem cooperação. Na maioria das vezes, a cooperação existente entre esses ocorre através de um sistema de referência e contra-referência dos usuários, ou seja, troca de informações sobre os usuários através de encaminhamentos. No caso da pluridisciplinaridade, esta pode ser representada por reuniões clínicas onde os casos dos usuários são discutidos entre os profissionais, porém sem que haja cooperação e trocas entre si.

A interdisciplinaridade poderá ser entendida como estrutural, pois há uma reciprocidade, uma tendência horizontalizante das relações de poder e saber entre os campos profissionais. E temos ainda, a transdisciplinaridade que representa a criação de um campo teórico mais amplo. Para nosso estudo, escolhemos a questão da interdisciplinaridade, por entender que a mesma responde à nossa proposta de investigação.

Dessa maneira, esta proposta convive com um conjunto de estratégias de saberes e poderes, como também, de processos institucionais e socioculturais. Esses impõem barreiras profundas à troca de saberes e às práticas interprofissionais. Nesta perspectiva, é possível dizer que a prática interdisciplinar não se processa só pela alocação de diferentes profissionais de variadas categorias em um único local de trabalho. Ela está vinculada antes de tudo à responsabilidade individual que advém do envolvimento do profissional com o projeto, com as pessoas envolvidas e com a instituição. A interdisciplinaridade ocorre quando as disciplinas se integram e interagem entre si.

4 O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) II “NOVOS TEMPOS”

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II “Novos Tempos”, instituição na qual desenvolvemos nosso estágio curricular como já falamos anteriormente, está localizada na Av. Elpídio de Almeida, nº 1600, no bairro do Catolé, na cidade de Campina Grande/PB. Sua estrutura física é composta por uma recepção, uma sala para o atendimento médico, um posto de enfermagem, três banheiros, sendo um para os funcionários e dois para os usuários: um para os homens e outro para as mulheres. No lugar tem um primeiro andar com quatro salas, e ainda quatro salas em baixo, uma cozinha, e uma sala de atendimento para o Serviço Social. As salas possuem portas, e algumas portas e janelas. No local há um terraço sem cobertura onde são realizadas atividades de alongamento, como também as refeições. Na entrada há uma área que funciona como sala de espera. É uma residência antiga, em condições desfavoráveis para realização das atividades necessárias a um tratamento adequado.

O objetivo da instituição considerando a análise das entrevistas é prestar atendimento as pessoas com sofrimento psíquico na perspectiva do reabilitar, o resocializar para incluí-los no convívio social e familiar.

“Objetivo é atender pessoas que sofrem de transtornos mental leves, severos e médios. Adultos de dezoito anos acima, na perspectiva do reabilitar e incluir nos meios sociais e familiares” (Entrevistado nº 1).

É perceptível que o profissional está de certa forma, convicto de um dos objetivos dos centros de atenção psicossocial que é justamente prestar atendimento as pessoas que buscam seus serviços na perspectiva do reabilitar, porém esse não é o único.

“Os objetivos não só dos CAPS II, mais do trabalho de uma forma geral na saúde mental, é creio eu, que nós primamos por duas pilstras fundamentais: é reabilitação psicossocial do sujeito detentor de transtorno mental e a cidadania, o estímulo a cidadania desse sujeito” (Entrevistado nº 2).

Evidencia-se outro objetivo de grande relevância, que é justamente a busca para garantir a cidadania do indivíduo, a partir do reconhecimento das pessoas com sofrimento psíquico, como sujeitos de direitos e deveres perante as Leis e a sociedade.

Na instituição são desenvolvidas as seguintes atividades: atendimento médico e psiquiátrico; atendimento psicológico, ações de Serviço Social, atividades manuais, grupo de dança, grupo de família, grupo terapêutico, oficina de adaptação, oficina de artes, oficina de auto cuidado, de desenhos e pintura, de geração e renda, de jogos e recreação, de relaxamento e oficinas terapêuticas.

A equipe profissional é multidisciplinar, desta forma é constituída por profissionais de diversas áreas, que trabalham com uma proposta terapêutica única. Dentre eles estão Psicólogos, Assistente Social, Psiquiátricas, Médico Clínico Geral, Fisioterapeuta, Educador Físico, Terapeuta Ocupacional, Pedagoga e Enfermeira. Ainda em relação aos profissionais da instituição é possível traçar um perfil, este é constituído, predominantemente, por pessoas do sexo feminino, com idades compreendidas entre 20 e 60 anos. A atuação destes profissionais tem como atribuição promover ações de acolhimento, de assistência às famílias no momento do diagnóstico, fomentando o vínculo entre a família e o usuário, independentemente do transtorno que tenha apresentado.

Em relação ao Serviço Social na instituição, a Assistente Social atua através de acolhimentos, atividades terapêuticas individuais e em grupo, como também presta assistência de benefícios, visitas domiciliares, ações junto à família e à sociedade, oficinas de reabilitação com atividades culturais, esportivas, atendimento individual ao usuário e familiares.

É importante realçar que, no decorrer da realização do nosso estágio curricular, várias possibilidades de objetos de estudo foram levantadas, porém, elegemos como prioridade de análise a percepção da equipe profissional acerca da interdisciplinaridade no trabalho. Partindo do pressuposto de que esta categoria representa um conjunto de profissionais com formações diferentes, agrupando saberes e fazeres específicos, em um espaço de conflito, negociação e apoio entre os profissionais.

Nesta perspectiva, o presente trabalho apresenta recortes de uma pesquisa realizada no CAPS II “Novos Tempos”, do município de Campina Grande/PB, durante os meses de agosto e setembro de 2011.

Nossa análise buscou abranger a totalidade dos relatos das entrevistas e as relações possíveis entre elas. Neste sentido consideramos o relato específico de cada profissional, bem como o conjunto de relatos da amostra. Logo, elegemos como prioridade de análise, as concepções que os trabalhadores têm a respeito da interdisciplinaridade. Para tanto utilizamos a análise de conteúdo enquanto instrumento que nos possibilita

4.1 A CONCEPÇÃO DA INTERDISCIPLINARIDADE NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS

No âmbito da saúde mental atualmente, a proposta de convivência dos saberes, traz o enfoque ampliado na tentativa de compreender a loucura em sua complexidade, no sentido de reivindicar a possibilidade e legitimidade de existência das diferenças. A proposta da interdisciplinaridade, à medida que leva em consideração a complexidade dos fenômenos está reconhecendo dialeticamente a necessidade de olhares diferentes para um mesmo objeto. Nesta perspectiva, apresentaremos o conceito de interdisciplinaridade, que pode ser compreendido como:

Um processo que envolve a integração e engajamento de educadores, num trabalho conjunto, de integração das disciplinas do currículo escolar, entre si, e com a realidade, de modo a superar a fragmentação do ensino, objetivando a formação integral dos alunos, a fim de que possam exercer criticamente a cidadania, mediante uma visão global de mundo a serem capazes de enfrentar os problemas complexos, amplos e globais da realidade atual (LUCK apud PASSOS 2004, p. 27).

Ao indagarmos aos profissionais sobre a concepção que eles têm de interdisciplinaridade, considerando sua prática cotidiana, observamos respostas que nos permite articular em duas categorias: interdisciplinaridade como integração de profissionais e saberes, e interdisciplinaridade como trabalho em equipe multiprofissional.

“a interdisciplinaridade é exatamente a troca, tanto na prática dentro do serviço, como fora dele, seria quando você precisar de um outro trabalho para dar continuidade ao tratamento desse usuário, você ter acesso a outros serviços [...]”. (Entrevistado nº 1)

Observa-se que o profissional acima relaciona a interdisciplinaridade com a intersetorialidade, ou seja, a interlocução entre os diversos serviços, na tentativa de oferecer um melhor atendimento aos usuários da instituição. No entanto, não necessariamente isso seria uma prática interdisciplinar, haja vista que, na interdisciplinaridade se faz necessário que haja uma reciprocidade entre os saberes e fazeres profissionais. Isso nem sempre ocorre na intersetorialidade.

“no serviço de saúde mental, a interdisciplinaridade atua como a soma de saberes, procurando assim ouvir profissionais e entender que cada um destes atua de forma positiva e sempre buscando somar conhecimentos” (Entrevistado n° 3).

“é o conjunto de saberes onde se complementam de certa forma, a junção dos saberes complementando-se, mas cada um com suas especificidades” (Entrevistado n° 4).

“interdisciplinaridade é a troca de conhecimento, o trabalho em equipe” (Entrevistado n° 5).

Ao analisarmos as falas dos entrevistados percebemos a repetição de algumas idéias seja de forma explícita ou implícita, a exemplo da troca entre profissionais, e de poder contar com outros serviços. Sendo assim, é possível sinalizar que para eles o outro profissional é um elemento essencial nesse processo. Faz-se presente no agrupamento de falas acima a idéia da soma de saberes, de conjunto, de troca de saberes, de complementariedade, da necessidade de escutar os colegas de trabalho.

Outro ponto da entrevista a ser destacado é a idéia de união, isso faz com os profissionais busquem ajuda de outros profissionais do serviço para ampliarem seus conhecimentos, sem descaracterizar seu fazer profissional, mas sim impulsionando esses a obterem melhor conscientização dos limites e das possibilidades de cada campo do saber. Podemos exemplificar na fala abaixo:

“a interdisciplinaridade usando um termo assim interessante que já escutei, seria uma costura entre diversos saberes em uma instituição, é o meu saber que perpassa o outro, que perpassa, mas que eu não perca a singularidade do meu conhecimento e saber respeitar o espaço dos outros profissionais [...]”(Entrevistado n° 7).

Outra questão a ser destacada diz respeito às atividades desenvolvidas pela equipe na instituição.

“as atividades realmente são oferecidas de forma interdisciplinar”.
“Atuamos como profissionais procurando sempre valorizar a soma dos saberes dos diversos profissionais de áreas diferenciadas” (Entrevistado n° 3).

“sim”. *“Oferecer melhor tratamento aos usuários”* (Entrevistado n° 5).

Nas referidas falas se faz notório, a importância que é atribuída à soma dos saberes, o que possibilitaria o desenvolvimento de ações de cunho valorativo que possam vir de fato contribuir com melhores resultados dentro da instituição.

“sim, tem oficinas terapêuticas, grupos que são realizados por diversos profissionais ao mesmo tempo”. “O objetivo é a reabilitação, mas principalmente acho que há uma socialização dos saberes, porque mesmo os profissionais de nível médio, nível superior todos eles são técnicos de referência⁵ por exemplo, então tem algumas atividades que exercem meio que nivelam esses saberes no fazer, apesar das especificidades, há um momento que isso é nivelado [...]” (Entrevistado nº 6).

Na análise das falas dos profissionais entrevistados encontramos divergências entre os discursos, esses refletem a idéia de que a interdisciplinaridade está simplificada como ato de encaminhar pacientes aos demais profissionais ou serviços. Poderíamos explicitar na fala a seguir:

“as atividades interdisciplinares são realizadas tanto dentro do serviço, como fora, quando nós estamos sempre em busca de parcerias para socializar esse acompanhamento desse usuário, não só dentro do serviço, como também fora dele, dos serviços que são prestados na rede e também e também serviços que não são da rede, instituições outras na perspectiva do profissionalizar, na perspectiva do encaminhamento para o trabalho, então isso é uma interdisciplinaridade, onde a gente tá sempre procurando que outros serviços se incluam no tratamento desses usuários”. “O objetivo é sempre o reabilitar o incluir o usuário na sociedade, na família e no trabalho” (Entrevistado nº 1).

Ao indagarmos os profissionais entrevistados sobre as dificuldades para realização da prática interdisciplinar percebemos que, há dificuldades principalmente em entender que o trabalho em equipe não implica em cada profissional fazer sua parte isoladamente, mas, sim, unirem saberes e fazeres específicos em prol de um objetivo comum.

“existem muitas, porque a gente sempre cai naquele lugar comum de dizer a isso não é meu; isso não é da minha alçada, isso não é da minha área, eu sou psicóloga, meu trabalho não é esse, porque eu tô fazendo isso? [...] você trabalhar para sair um pouco do lugar que você está acostumada sem perder de vista sua especificidade, a princípio não é uma coisa fácil, mas é interessante” (Entrevistado nº 6).

⁵ É a pessoa que fica responsável a dar seguimento ao tratamento de um determinado número de usuário dentro da instituição.

Percebe-se que os conflitos nas relações de trabalho também se encontram presentes, porém, devem ser vistos não como algo negativo, mas de forma a impulsionar a criação de estratégias de superação a fim de possibilitar o crescimento dos envolvidos e do trabalho em equipe. Isso pode ser evidenciado nas falas:

“sim e como existe. Falta mais espírito grupal, colaboração para com a prática do outro, acho que o ideal seria que as diferenças se unissem”
(Entrevistado nº 2)

“sim, pois tem profissionais que não sabe trabalhar em equipe”.
(Entrevistado nº 4).

Considerando a definição de Japiassu (1976), para entender as concepções dos profissionais entrevistados acerca da temática supracitada, podemos supor que na instituição a interdisciplinaridade começa a dar seus primeiros passos. Embora, os profissionais a reconheçam como elemento de grande relevância, na prática profissional ainda falta como bem expressou um dos profissionais entrevistados, “o espírito grupal” para se trabalhar verdadeiramente em equipe e assim oferecer um melhor tratamento às pessoas com sofrimento psíquico.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O CAPS II “Novos Tempos” tem por objetivo atender pessoas com sofrimento psíquico, na perspectiva do reabilitar psicossocial, bem como na busca da autonomia dos indivíduos para que esses possam ser incluídos nos meios sociais e familiares. Na instituição são desenvolvidas entre outras atividades, o atendimento médico e psiquiátrico; atendimento psicológico, ações de Serviço Social, grupo de família, grupo terapêutico, oficina de adaptação, oficina de artes, de geração e renda, de jogos e recreação, de relaxamento e oficinas terapêuticas.

A equipe é multiprofissional, desta forma é constituída por profissionais de diversas áreas, que trabalham com uma proposta terapêutica única. Dentre eles se encontram Psicólogos, Assistente Social, Psiquiatras, Médico Clínico Geral, Fisioterapeuta, Educador Físico, Terapeuta Ocupacional, Pedagoga, Enfermeira e Arte- Terapeuta.

Considerando a importância das práticas interdisciplinares, cabe destacar que, para realização da mesma, devem-se considerar as estruturas históricas e institucionais, as quais na maioria das vezes possuem uma dinâmica própria e tendem a resistirem aos processos de mudança técnica, social e política. Para tanto, afirma Vasconcelos (2002) que, um elemento de grande contribuição para implementação do trabalho interdisciplinar é a supervisão. Dentro do contexto da saúde mental, o autor cita quatro tipos de supervisão: a clínica; a administrativa e/ou estratégica; a institucional; e a do suporte pessoal. O mesmo sugere que a supervisão institucional e o suporte pessoal caminhem juntas para evitar o risco do subjetivismo.

O trabalho interdisciplinar demanda a capacidade de expor com clareza os ângulos particulares de análise e propostas de ações diante dos objetos comuns a diferentes profissões. As práticas interdisciplinares e intersetorial se tornam fundamentais e estratégicas tanto no âmbito governamental como na relação com os diferentes sujeitos e organizações da sociedade civil.

O questionamento sobre a concepção de interdisciplinaridade entre os profissionais que atuam na equipe da instituição pesquisada nos permitiu perceber os avanços e impasses na realização de práticas interdisciplinares. Logo se faz notório que, o trabalho multidisciplinar é mais fácil de ser conseguido do que o interdisciplinar. Apesar de ter uma equipe composta por diferentes profissionais e estarem desenvolvendo algumas atividades em conjunto ainda necessitam de um trabalho interdisciplinar efetivo na instituição. Embora atualmente o debate acerca da interdisciplinaridade tem perpassado os diversos segmentos da sociedade, no entanto, é possível sinalizar que, no cotidiano a interdisciplinaridade está mais no plano do desejo, que no âmbito da prática.

Vale salientar que, nos discursos dos profissionais entrevistados há certa dificuldade em demarcar o tema interdisciplinaridade, isso pode acarretar problemas na realização de uma efetiva prática interdisciplinar. No entanto, esse fato não nos impossibilitou de perceber a importância que atribuem à interlocução entre os saberes e a construção do trabalho coletivo.

Finalizando, atingido o objetivo da pesquisa, esperamos contribuir no processo de reflexão e construção de novas práticas do trabalho em equipe neste serviço, bem como, na construção de uma nova forma de cuidar em saúde mental. Percebemos certa dificuldade por parte dos profissionais em demarcar a interdisciplinaridade. Sendo assim é possível sinalizar que há certa confusão entre multi e interdisciplinaridade.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. Reforma psiquiátrica e epistemologia. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v. 1, n. 1, jan-abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do programa “De Volta Para Casa”**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental**. Disponível In: <portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925> Acesso em: 11 set. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde mental**: conheça mais a respeito do histórico e diretrizes atuais. Disponível em: <http://www.sissaude.com.br/sis/inicial.php?case=2&idnot=1562> Acesso em: 10 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 fev. 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Residências terapêuticas**: o que são, para que servem. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

DELGADO, P. Humanismo, ciência e democracia: os princípios que nortearam a transição para o novo modelo de assistência aos portadores de sofrimento psíquico. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE MENTAL FLORIANÓPOLIS, 1., 2008, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis, 2008.

FAZENDA, I. C. A. **Interdisciplinaridade**: história, teoria e pesquisa. 4. ed. Campinas: Papirus, 2001.

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

NUNES, E. D. A questão da interdisciplinaridade no estudo da saúde coletiva e o papel das ciências sociais. In: CANESQUI, A. M. **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 95-113.

VASCONCELOS, E. M. Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. In: VASCONCELOS Eduardo Mourão (Org.). **Saúde mental e serviço social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2002.

FOUCAULT, Michel. **A história da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1997.

PASSOS, Ivan Carlin. A interdisciplinaridade no ensino e na pesquisa contábil: um estudo do município de São Paulo. Dissertação (Mestrado em Economia). Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2004.

SILVA, A. T.; FERREIRA FILHA, M. O.; SILVA, C. C. **Perspectivas da reforma psiquiátrica no estado da Paraíba**: construindo competências para a práxis transformadora do trabalho em saúde mental projeto de pesquisa. João Pessoa: DESPP-UEPB; 2003.