

As atividades terapêuticas em dois serviços extra-hospitalares de saúde mental: a inserção das ações psicossociais¹

Regina Célia Fiorati^a, Toyoko Saeki^b

^aTerapeuta Ocupacional, Docente, Curso de Terapia Ocupacional, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – FMRP, Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil

^bDocente, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil

Resumo: Uma pesquisa foi desenvolvida no município de Ribeirão Preto, SP, em dois serviços extra-hospitalares de saúde mental, um Ambulatório Regional de Saúde Mental e um Centro de Atenção Psicossocial II, cujos objetivos foram: estudar a organização dos serviços extra-hospitalares, os projetos terapêuticos desses serviços e a inserção da reabilitação psicossocial nos projetos terapêuticos. A pesquisa foi realizada com base em metodologia qualitativa, utilizou-se entrevistas semidiretivas e grupos focais como técnicas de coleta de dados, e a análise dos dados foi realizada com base em referencial hermenêutico dialético de Jürgen Habermas, seguindo uma técnica interpretativa reconstrutiva. Os resultados foram a identificação de que o trabalho nesses serviços se organiza com centralidade no trabalho clínico-psiquiátrico, enfatiza o diagnóstico e a patologia, e o tratamento medicamentoso, bem como ações psicossociais permanecem à margem no projeto terapêutico disponibilizado. O artigo traz discussão sobre parte desse estudo no que diz respeito às atividades terapêuticas e sua forma de disponibilização. Identifica uma extrema tecnicização das ações terapêuticas que são aplicadas de forma individualizante e que se impõe a um campo interdisciplinar visando integralidade das ações de saúde. Em perspectiva complementar, as atividades terapêuticas, ao ficarem centradas, preferencialmente, nos espaços internos dos serviços e minimizarem ações territoriais e comunitárias, não realizam a inclusão social do portador de sofrimento psíquico, mas sua inclusão no próprio serviço.

Palavras-chave: *Terapia Ocupacional, Serviços de Saúde Mental, Psiquiatria, Território, Comunidade.*

Therapeutic activities in mental health extra-hospital services: the inclusion of psychosocial actions

Abstract: Two studies were carried out in Ribeirão Preto, State of São Paulo, Brazil, in two extra-hospital mental health services: one regional mental health outpatient clinic and one psychosocial care center. The purpose of this research was to study the organization of the extra-hospital and therapeutic projects of these services, and the inclusion of psychosocial rehabilitation in such projects. The study was based on qualitative methodology and used semi-directive interviews and focal groups to collect data. Data analysis was based on the hermeneutic dialectic philosophy of Jürgen Habermas according to the interpretative technique of reconstruction. Results indicated that these services are organized focusing on the clinical-psychiatric work, emphasizing the diagnosis, pathology and medication treatment; while psychosocial actions have a secondary role in the therapeutic project. This article discusses part of this study in relation to the therapeutic activities and how they are implemented. Therapeutic actions are extremely technical, individually applied and imposed to an interdisciplinary field aiming to integrate health actions. From a complementary perspective, as the therapeutic activities are mainly implemented in the internal areas of the services and minimize territorial and community actions, they do not include individuals with psychological distress in society; rather, they include these individuals in the service itself.

Keywords: *Occupational Therapy, Mental Health Services, Psychiatry, Territory, Community.*

1 Introdução

Os serviços extra-hospitalares de saúde mental foram criados com base nas iniciativas a partir das reformulações da atenção psiquiátrica advindas dos Movimentos de Reforma Psiquiátrica. A lei 10.216 que prevê a reestruturação psiquiátrica no Brasil abarcou, em grande parte, as reivindicações desses movimentos e, portanto, dá ênfase na substituição progressiva da atenção manicomial por novos dispositivos de tratamento e acolhimento na comunidade, fora das estruturas hospitalares (BRASIL, 2004).

A partir das iniciativas da reformulação da atenção psiquiátrica no Brasil, foram criados os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospitais-dia, ambulatorios especializados, centros de convivência, entre outros, como equipamentos de atenção psiquiátrica extra-hospitalares (AMARANTE, 1995).

Nesse sentido, esses serviços desde sua criação, trazem a missão ético-política de substituição de um modelo de atenção psiquiátrica centrado no hospital e nas formas de exclusão do portador de sofrimento psíquico, por um modo de atenção psicossocial, o qual tem a função de fornecer tratamento ampliado aos usuários, no que diz respeito às ações clínicas e de reabilitação, tendo como um de seus objetivos centrais a inclusão social do portador de sofrimento mental (AMARANTE, 2007).

Atualmente, os serviços extra-hospitalares de saúde mental constituem rede importante na atenção psiquiátrica reformulada e compõem as diretrizes centrais da Política de Saúde Mental no país, orientadas pela perspectiva da Reforma Psiquiátrica. Sendo que tais diretrizes podem ser resumidas nas iniciativas de redução progressiva e gradual dos leitos em hospitais psiquiátricos, garantia de assistência aos pacientes egressos dos hospitais, criação e sustentação da rede extra-hospitalar – Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), residências terapêuticas, centros de convivência, ambulatorios, programas de suporte social e defesa e promoção dos direitos humanos dos pacientes e familiares (AMARANTE, 2007).

Assim, buscou-se o desenvolvimento de um estudo que procurasse conhecer como tais objetivos têm sido construídos e efetivados nos serviços selecionados para o estudo, de que forma os serviços tem substituído o modelo hospitalocêntrico por uma rede de atenção integral à saúde mental, conferido maior resolubilidade aos problemas de saúde apresentados pelos usuários, reduzindo a necessidade de internação hospitalar, intervindo nas situações que produzem a exclusão social e promovendo a inclusão dos

portadores de sofrimento psíquico e, sobretudo, buscando qualificar a existência dessas pessoas.

Desenvolveu-se, portanto, no período de 2007 a 2009, uma pesquisa em dois serviços extra-hospitalares de saúde mental, no município de Ribeirão Preto, que teve como objetivo geral analisar a forma como estão organizados os projetos terapêuticos dos serviços selecionados para o estudo e como as ações de reabilitação psicossocial se inserem nos projetos terapêuticos desses serviços. Para tanto, teve-se como objetivos específicos investigar as ações terapêuticas disponibilizadas pelos programas e projeto terapêutico dos serviços pesquisados; conhecer de que forma as equipes de profissionais se organizam para a elaboração do projeto terapêutico do serviço; interpretar as concepções que os profissionais constroem sobre a reabilitação psicossocial; e identificar a inserção da reabilitação psicossocial nos projetos terapêuticos dos serviços selecionados para o estudo.

A intenção, neste trabalho, não é apresentar discussão sobre a totalidade da pesquisa, mas sobre parte dela no que se refere às atividades terapêuticas disponibilizadas nos serviços pesquisados e apresentar uma reflexão crítica acerca dos limites observados no que diz respeito à forma como estão organizadas tais atividades, tendo como centralidade a terapêutica clínico-medicamentosa, e a carência observada de atividades terapêuticas voltadas para a inclusão social.

Os objetivos da Reforma Psiquiátrica e do modo de atenção psicossocial, entretanto, preconizam as atividades terapêuticas como campo de integralidade ao entender os processos saúde/doença para além da dimensão puramente biológica da patologia, do diagnóstico e do dispositivo medicamentoso. Além disso, o princípio da integralidade em saúde compreende as ações dentro de processo terapêutico complexo e interdisciplinar, a partir do qual a dimensão do simbólico, dos projetos de vida significativos, das inclusões em redes sociais e da qualidade de vida adquiram enfoques centrais nas ações de saúde realizadas pelos profissionais nesses serviços de saúde mental.

2 A pesquisa e percurso metodológico: um enfoque interpretativo e participativo

A pesquisa foi desenvolvida no município de Ribeirão Preto, interior do Estado de São Paulo, no período de 2007 a 2009 e sediada em dois serviços extra-hospitalares de saúde mental: um Ambulatório Regional de Saúde Mental e um Centro

de Atenção Psicossocial II (CAPS II). O primeiro se caracteriza por ser o maior serviço extra-hospitalar de saúde mental do município e o segundo por se constituir no único nessa modalidade em um município de aproximadamente 560.000 habitantes e, juntos, constituem os serviços extra-hospitalares de saúde mental mais importantes do município. (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais de nível superior e médio ligados diretamente a assistência ao usuário dos serviços selecionados.

A metodologia desenvolvida se deu com base na abordagem qualitativa e as técnicas de coleta de dados foram entrevistas semidiretivas e grupos focais. As entrevistas tinham um eixo central que solicitava ao participante para que descrevesse seu trabalho no serviço, mencionasse como era elaborado o projeto terapêutico pela equipe e referisse sua concepção de reabilitação psicossocial. Em um segundo momento da pesquisa após uma primeira análise das entrevistas, alguns eixos temáticos foram submetidos aos profissionais dos serviços estudados, por meio de grupos focais, para que discutissem os eixos assinalados e, dessa forma, o objetivo era garantir que a pesquisa se desse por meio de uma metodologia participativa e com a construção compartilhada do conhecimento.

Foram realizadas dezenove entrevistas com os seguintes profissionais: quatro auxiliares de enfermagem, duas enfermeiras, duas psicólogas, duas terapeutas ocupacionais, três assistentes sociais, um auxiliar de serviço de saúde, três psiquiatras e dois gerentes.

Nos grupos focais participaram dezenove profissionais, dentre esses: dois auxiliares de enfermagem, três enfermeiras, quatro psiquiatras, três psicólogas, duas terapeutas ocupacionais, três assistentes sociais e dois gerentes. Os sujeitos que participaram dos grupos focais, em sua maioria, foram os mesmos que participaram das entrevistas, porém, alguns não se encontravam nos serviços no dia da realização dos encontros grupais, sendo que outros foram incluídos.

Nos grupos focais foi apresentada uma análise sumária das entrevistas e se propôs um eixo para a discussão que indagava por que nos serviços o tratamento se encontrava medicocentrado, com o medicamento como dispositivo terapêutico indispensável, enquanto as ações de reabilitação psicossocial eram secundarizadas nos projetos terapêuticos e nas ações de saúde disponibilizadas e efetuadas?

O referencial teórico que permeou a pesquisa foi a filosofia hermenêutica dialética de Jürgen Habermas que propiciou uma análise dos dados apoiada na interpretação e compreensão das construções discursivas e concepções dos autores-sujeitos da pesquisa ao invés de uma análise apoiada na descrição de fatos e explicação de fenômenos.

Dessa forma, durante a realização da pesquisa e de acordo com a metodologia escolhida, não se optou por análise dos dados desenvolvida separadamente por serviço estudado e sim por efetuar uma análise que propiciasse a emergência de eixos temáticos provenientes dos proferimentos lingüísticos ou conteúdos discursivos expressos pelos sujeitos participantes, os quais constituem os agentes profissionais dos serviços extra-hospitalares de saúde mental. Seguiu-se, portanto, a orientação metodológica de uma análise dos dados apoiada em referencial hermenêutico dialético habermasiano que propõe uma análise não descritiva e sim interpretativa.

Os procedimentos éticos observados na pesquisa foram a submissão do projeto ao Secretário Municipal de Saúde do Município de Ribeirão Preto e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, com a aprovação do mesmo em outubro de 2007. No início de cada entrevista era entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, explicado o seu conteúdo e assinado pelos dois participantes, pesquisador e sujeito. Foi entregue outro Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os integrantes dos grupos focais e foram seguidos os mesmos procedimentos anteriores.

Discute-se, a seguir, os eixos centrais propostos para este trabalho. Antes, porém, apresenta-se algumas proposições ligadas ao referencial teórico hermenêutico dialético de Jürgen Habermas que permeou todo o estudo relacionado para maior entendimento dos eixos temáticos propostos a partir da análise dos dados.

3 Racionalidade instrumental e racionalidade comunicativa: duas dimensões da experiência humana

Segundo Habermas (1987), a sociedade contemporânea é marcada pela imposição de uma racionalidade instrumental sobre outra comunicativa. A racionalidade instrumental, tecnificada sobre todos os aspectos, impede que acordos linguisticamente mediados sejam estabelecidos na produção de

projetos sociais e qualquer dimensão da vida social é colonizada pela razão instrumental e técnica, destituindo a possibilidade da formação de consensos éticos, fundados na dialogicidade e relações democráticas entre os homens.

O autor propõe que em nossa sociedade há uma fusão da técnica e da ciência com os sistemas de dominação, ao se transformarem nas principais forças produtivas e ideológicas. Isso acontece devido à necessidade do Estado capitalista ter de legitimar o poder e garantir a lealdade das massas mesmo diante de um sistema esmagado por crises econômicas e políticas. Sendo assim, essa agência se dá com base em duas estratégias: 1) em uma plataforma de recompensas aumentando a garantia de segurança e ascensão social fornecidas pelo desenvolvimento técnico-científico e 2) pela manobra ideológica de tornar plausíveis ações e decisões políticas aos membros de uma democracia, substituindo o exercício de discussão das questões práticas pela idéia da eficácia de resolver questões políticas, exclusivamente, pela via técnica e administrativa.

Nessa perspectiva, duas tendências são sentidas na cultura tecnocratizada: a primeira é uma despolitização das massas, a substituição do exercício de debate crítico e público para a formação de consensos orientadores das ações sociais pela reificação das aplicações técnicas na resolução de problemas da ordem social. A segunda é uma auto-subjetivação dos homens em categorias que fusionam a ação dirigida a fins, a instrumental, e os comportamentos adaptativos, ou seja, os modelos reificados da ciência invadem o mundo vivido socioculturalmente e adquirem um poder objetivo sobre a autocompreensão humana (WIGGERSHAUS, 2006).

Assim, no lugar da interação entre os homens podemos encontrar agentes atuando instrumentalmente na sua relação com os outros, considerando as condutas como regularidades observáveis e passíveis de controle. Nessas relações, os sujeitos são tomados como objetos, não são normas e valores validados consensualmente que determinam as ações, mas regras de adequação técnica. Dessa forma, em suas relações intersubjetivas os sujeitos podem estar apenas reiterando regras técnicas e valores interessados que não representam acordos dialógicamente construídos

Habermas (1987) distingue duas esferas da ação humana, trabalho e interação, que se relacionam dialeticamente sem reduzirem-se uma a outra. O trabalho caracteriza-se por se orientar exclusivamente por racionalidade instrumental, ação teleológica que visa fins específicos utilizando determinados meios. A ação instrumental é constituída por duas

dimensões: saber e conjunto de regras técnicas, primeiramente, e ação estratégica que visa êxito com relação ao objetivo determinado. Em outra perspectiva, porém complementar, a esfera da interação humana é orientada por racionalidade comunicativa que objetiva o entendimento recíproco entre os homens para coordenarem suas ações sociais, por meio de construção de acordos consensuais, democraticamente estabelecidos. Para o autor, entretanto, o trabalho, por ser puramente técnico, não pode adquirir autonomia absoluta na ação humana, sob o risco de ocultarem-se os interesses cognitivos e sociais intermediadores dos objetivos que permeiam a esfera do trabalho. Para que o trabalho humano enfoque sempre necessidades sociais reais humanas, a interação e a racionalidade comunicativa necessitam comandar a ação instrumental. Ou seja, o entendimento intersubjetivo que visa à formação de acordos dialogicamente construídos deve balizar toda ação técnica e estratégica, para que os interesses sociais e democráticos imponham-se sobre os particulares, ocultados sob a pura aplicação técnica de determinadas ações.

Nessa perspectiva, o autor propõe uma análise da cultura contemporânea marcada pela pretensão objetivista da racionalidade instrumental que se impõe, sem mediações, na realidade do mundo vivido, descartando a validade de uma racionalidade comunicativa balizadora de consensos eticamente fundados orientadores das ações sociais.

4 A tecnificação das ações terapêuticas

O trabalho nos serviços investigados está organizado tendo como centro a prática médico-clínica. O tratamento disponibilizado enfatiza as consultas psiquiátricas, o diagnóstico psicopatológico e o seguimento medicamentoso. Quando um usuário inicia tratamento nos dois serviços pesquisados é com o psiquiatra, necessariamente, que tem sua primeira consulta e plano terapêutico medicamentoso estabelecido, após isso, então, poderão ser acionados outros profissionais, no caso de se identificar tal necessidade. Além disso, com base nos depoimentos percebe-se o quanto a atividade médica é considerada como imprescindível, enquanto as outras são tratadas dentro de um campo de possibilidades. Como pode se observar pelas falas abaixo:

*Qual o nosso objetivo ao fazer a visita domiciliar?
Ver se o paciente está seguindo o tratamento*

que, infelizmente é em cima de um tratamento medicamentoso. (Entrevistado nº 6, serviço nº 1)

E essa coisa de triagem também cansa, você fica todo o tempo tentando convencer...a gente ficou dez/doze anos tentando dizer pras coordenações, pros médicos que era importante ter outros profissionais na triagem, que outros profissionais têm condições, podem fazer, mas sabe aquela coisa, passar do modelo médico pra outra coisa. O modelo medico é muito forte, não só dentro dos médicos, mas em nós também, os profissionais de saúde, especialmente, os médicos, enfermeiros, que tem aquilo enraizado. (Entrevistado nº 2, serviço nº 2)

Em perspectiva complementar, as atividades terapêuticas oferecidas se desenvolvem concentradas em seu núcleo de competência profissional, marcado pelas delimitações metodológicas e técnicas de sua área especialista em detrimento de um campo de atuação maior de interfaces e interdisciplinar.

[...] algumas atividades você sendo um profissional, você tem a aprovação para fazer aquilo de acordo com sua formação, por ex. um psicólogo chega aqui, ele já sabe que ele vai fazer psicoterapia; o médico chega aqui ele já sabe que vai fazer um atendimento médico, porque tem uma estrutura já pré-conversada... É exatamente isso, o atendimento médico, atendimento psicoterápico, psicoterapia de apoio e terapia ocupacional, são profissionais habilitados pra fazerem o que estão aqui pra fazerem. (Entrevistado nº 11, serviço nº 1)

No meu caso, eu tenho que fazer os atendimentos clínico-medicamentosos, então eu acabo sendo focado para aquilo, não tenho tempo pra pensar em outras coisas, fico focado naquilo que é estritamente necessário. (Entrevistado nº 12, serviço nº 2)

As ações terapêuticas, nesse sentido, permanecem encerradas em núcleos de desempenho técnicos e, assim tecnicizadas e solidificadas na ação individualizada de cada profissional, se impõem a outras que sejam elaboradas coletivamente entre os membros da equipe, com base em entendimento dialógico e interdisciplinar visando à integralidade das ações de saúde.

Organizados, prioritariamente, segundo critérios técnicos, os profissionais dos serviços estudados orientam suas atividades de trabalho, considerando, sobretudo, determinados objetivos que visam, cada vez mais, êxitos técnicos, tais como remissão dos sintomas; já as ações que necessitam de processo intersubjetivo e interdisciplinar para a construção de

estratégias psicossociais ficam à margem, recebendo pouco incentivo material e humano.

Há uma tecnificação geral das ações de saúde disponibilizadas nos serviços pesquisados, cristalizando determinadas práticas, as quais, por serem extremamente técnicas, não são questionadas quanto à sua aplicabilidade no cotidiano, quando as necessidades dos usuários solicitam outras respostas dos profissionais, ou seja, ações que respondam a situações novas e imprevistas que a complexidade da vida sociocultural inaugura ao nível da vida diária dos sujeitos, como por exemplo: não saber ou amedrontar-se ao tomar condução urbana, manifestar um determinado desejo de realizar algo, ou mesmo apresentar um determinado projeto de vida.

O que se vê é a imposição de uma prática extremamente tecnicizada e individualizante, realizada individualmente pelo profissional e que olha o indivíduo e não o ser social, sobre outras práticas nas quais a interação intersubjetiva de entendimento recíproco e construção coletiva entre a equipe de profissionais possa estabelecer um campo de integralidade das ações de saúde.

Por que tal fato ocorre de forma tão incisiva, quando as diretrizes das políticas de saúde mental orientam o contrário?

De acordo com a análise inspirada diretamente na pesquisa referenciada, esse fato refere uma tendência da cultura ocidental contemporânea, na medida em que os profissionais dos serviços estudados refletem uma tendência observada na sociedade ocidental atual, que é a de substituir ações provenientes de acordos intersubjetivamente estabelecidos, por ações tecnicamente ditadas, como o referencial teórico mostra.

O trabalho em saúde é organizado sobre sustentáculos predominantemente médico-clínicos, apoiados no conhecimento técnico-científico, sendo composto, portanto, pela dimensão da ação instrumental constituída pelas regras técnicas e saber legitimador e ação estratégica que visa determinados resultados. Em outro aspecto, as ações psicossociais apóiam-se, integralmente na interação entre agente de saúde e usuário e, ao não serem constituídas por técnicas específicas, permeiam-se por ações fundadas em racionalidade prática, voltadas para necessidades psicossociais, materiais e simbólicas, da vida cotidiana dos usuários.

Além disso, a extrema tecnificação do trabalho nos serviços leva a outra consequência. Ao minimizar e desprestigiar ações desenvolvidas no território, nos espaços coletivos e apoiadas na interação intersubjetiva, o trabalho hipertecnificado retoma

um modelo de trabalho centrado na dimensão biológica do sujeito, na busca por soluções puramente medicamentosas ou curativistas de uma manifestação patológica que se esgotaria ao ser encontrada em sua extensão orgânica e corpórea; desconhece, portanto, as dimensões simbólicas, socioculturais e políticas relacionadas aos processos saúde-doença, ao sofrimento existencial ligado ao adoecimento mental e às expressões subjetivas singulares da pessoa em sofrimento.

Assim, as ações terapêuticas dos profissionais, nos serviços de saúde mental estudados, vão se fechando cada vez mais em seus consultórios ou nos *settings* tradicionais, isto é, os espaços determinados tecnicamente para encerrarem determinados procedimentos, enquanto as ações com base na comunidade buscando, no território, os recursos viáveis a integralização do sujeito, são relegadas ao segundo plano, a momento e espaço idealizados, ou a atuação de caráter não técnico.

Essa é a discussão que se faz a seguir.

5 Inclusão social versus inclusão nos serviços: atividades terapêuticas ou entretenimento?

As atividades desenvolvidas em serviços extra-hospitalares de saúde mental, de acordo com as diretrizes da reforma psiquiátrica, têm a prerrogativa de se colocarem como suporte terapêutico. Ou seja, não devem ser disponibilizadas sob a ótica de uma forma de ocupação do tempo e entretenimento, mas como forma de produzir subjetivações, tratar o sofrimento e incluir socioculturalmente o sujeito (KANTORSKI, 2007).

No ambulatório de saúde mental estudado, as atividades são realizadas inteiramente dentro do serviço, são desenvolvidas no interior de salas determinadas para cada profissional especialista e não há menção de realização de oficinas, sendo que as atividades são exemplificadas apenas pelos atendimentos terapêuticos formais.

No Centro de Atenção Psicossocial, além dos atendimentos terapêuticos estabelecidos por cada área profissional, são desenvolvidas as oficinas de tapeçaria, de argila, de vasos, de leitura, de exibição e discussão de filmes e de artes plásticas (pintura em tela e em tecido). Essa última é referenciada por todos os profissionais entrevistados, pois se constitui na única atividade realizada fora do CAPS; acontece em espaço cultural da cidade e apresenta-se como 'A Atividade', representando o esforço, a persistência

e o orgulho de alguns profissionais, mesmo diante de muitas adversidades. Além disso, o CAPS realiza uma amostra anual das obras realizadas nessa oficina. Entretanto, a valorização dessa atividade (externa) para aí, não se busca inserções mais efetivas no social e as atividades são desenvolvidas preferencialmente nos serviços, com poucas incursões para o território. As atividades terapêuticas também muito valorizadas nos dois serviços são os grupos psicoterapêuticos, cujo referencial básico se baseia em modelos de dinâmicas de grupo estabelecidos, tais como grupos operativos ou grupos de referencial psicanalítico, atendimentos psicoterápicos ou terapêuticos geralmente realizados em consultórios.

A outra diferença entre os dois serviços é demarcada pelas festas. No ambulatório não há qualquer tipo de atividade recreativa ou de cunho afetivo (afetivo no sentido de mobilização afetiva por meio de ambientes de relações intersubjetivas que não visam o tratamento clínico, por excelência). Já no CAPS, organizam-se festas que se distribuem nas datas determinadas e comemorativas e festas mensais dos aniversariantes.

Há relatos, entretanto, que apontam para a execução, ao mesmo tempo, de atividades clínicas, enquanto ocorre uma festa. Assinalam que alguns profissionais permanecem no espaço da festividade, enquanto outros continuam atendendo em seus consultórios. Não há, portanto, uma valorização dessas atividades como necessárias, mas como algo de menor valor, que pode acontecer e ficar sob responsabilidade de qualquer um, enquanto que as atividades clínicas não podem ser interrompidas para que todos os profissionais participem física e presencialmente da atividade festiva.

As atividades humanas, em geral, em um serviço extra-hospitalar de saúde mental, não devem ser um fim em si mesmas, mas um campo de criação de terrenos existenciais, nos quais novas formas de subjetivação possam enfrentar as conseqüências geradas pelo sofrimento psíquico e recriação de um cotidiano que busque ganhos em autonomia. Assim como, as atividades terapêuticas constituem dispositivos do projeto terapêutico e, longe de reproduzirem mecanismos de docilização, normatização e entretenimento como no modelo manicomial, representam formas pelas quais espaços de relações intersubjetivas são criados, e oportunidades de construção de identidades, uma vez que as atividades são, sobretudo, desencadeadoras da expressão do potencial humano criativo responsável pela existência significativa dos homens (CASTRO; LIMA; BRUNELLO, 2001).

As atividades desenvolvidas em serviços extra-hospitalares de saúde mental devem ter funções e finalidades bastante diferenciadas daquelas desenvolvidas em ambientes de tratamento psiquiátrico, de caráter fechado e asilar. No modelo hospitalocêntrico as atividades eram realizadas segundo um enfoque institucionalizante, eram aplicadas em uma perspectiva de ocupar um tempo inexistente, perdido, destituído de qualquer sentido de utilidade na dimensão do cotidiano. A ocupação ocorria para suprir uma realidade existencial formada de ausências, ausências de intercâmbios, de produções humanas, de criatividade, denominado frequentemente como o “lugar zero da troca”. Dessa forma, as atividades realizadas em uma realidade asilar tinham o objetivo de controle, sujeição e exclusão (MANGIA; NICÁCIO, 2001).

Assim, a superação das diversas formas consubstanciais à lógica manicomial, leva à criação de ações terapêuticas nos serviços extra-hospitalares de saúde mental com base em outra racionalidade na aplicação das atividades. Nessa perspectiva o trabalho terapêutico volta-se para projetos de produção de sentido, para construção de espaços de interação entre as pessoas, contextos e recursos socioculturais, comunitários e territoriais (ALMEIDA; OLIVER, 2001).

A dimensão do cotidiano passa a ter um sentido especial nesse contexto. Ao voltar-se o olhar terapêutico para uma construção concreta da qualidade de vida do sujeito, busca-se efetivamente a transformação da realidade e a criação de planos de vida significativos que busquem, minimamente, projetos de construção de uma vida plena. A realização terapêutica de atividades visa às necessidades do sujeito, as quais compõem a consistência vital do dia a dia de qualquer pessoa. As atividades que serão enfocadas, portanto, nesse contexto, vão desde aquelas ligadas à manutenção da vida diária e de autocuidados até àquelas relacionadas à recriação permanente da vida social. Nesse sentido, o homem é visto em sua cotidianidade, inserido em um mundo intersubjetivo, cuja existência só passa a ter sentido na participação e conjunção com outros homens. É aí, no terreno das trocas e relações humanas que o cotidiano se forma e é produzido, um contexto no qual o sujeito se move, vê a passagem do tempo, consubstancia sua experiência existencial e recria sua singularidade (CASTRO; LIMA; BRUNELLO, 2001).

Arendt (2008) alude à ação humana como a condição fundamental da vida dos homens no mundo. Indica três atividades que compõem a base fundamental da vida ativa humana: o labor, o trabalho e a ação. O labor corresponde à dimensão

da reprodução biológica da vida que contém o desenvolvimento vital físico e metabólico. Aqui se encerram as atividades ligadas à sobrevivência da espécie. O trabalho representa a atividade de construção, instrumentalização da vida, produção de objetos que moldam o tipo de existência do homem como produtor e modificador da natureza. A condição viável do trabalho humano é a mundanidade, terreno no qual se transcendem as existências individuais. Por fim, a ação é a práxis, a dimensão política da existência humana, a ação entre os homens intersubjetivamente mediada. A ação é a condição segundo a qual os homens podem habitar o mundo e é a possibilidade da percepção histórica e da pluralidade humana. Para a autora as três atividades reunidas formam as condições gerais da existência humana, a qual poderia ser resumida na viabilidade humana da singularidade e da pluralidade ao mesmo tempo:

A pluralidade é a condição da ação humana pelo fato de sermos todos os mesmos, isto é, humanos, sem que ninguém seja exatamente igual a qualquer pessoa que tenha existido, exista ou venha a existir. (ARENDRT, 2008, p. 16).

Na visão referente ao campo de conhecimento terapêutico ocupacional, as atividades têm um potencial estruturante sobre o ser, propiciam a estrutura de um estado de coisas, estabelecem mecanismos internos, resgatam a unidade do homem em sua condição biológica e cultural e em seu campo experiencial biográfico e coletivo. E no campo das produções de saúde as atividades, por isso mesmo, podem ocupar o elemento centralizador e orientador da construção do processo terapêutico (CASTRO; LIMA; BRUNELLO, 2001).

Dessa forma, as ações terapêuticas desenvolvidas em um serviço extra-hospitalar de saúde mental têm a função de resgatar o complexo universo humano, muitas vezes fragmentado e dissociado, na condição das pessoas que se encontram em sofrimento psíquico. E essa missão deve corresponder a todas as atividades realizadas, desde aquelas que abarcam as necessidades básicas de sobrevivência, autocuidados e vida diária, quanto as que permeiam a reprodução da vida social, sob uma perspectiva praxica e da existência política dos homens.

Nos serviços pesquisados, no entanto, as atividades acontecem e são disponibilizadas preferencialmente no interior dos próprios serviços, mantendo reduzidas as iniciativas de atividades desenvolvidas no território e em contato com a comunidade.

Assim, ao não se desenvolver atividades que busquem efetivamente recursos que recuperem capacidades para a produção material e simbólica da

vida no social, a inclusão do usuário não se dá nas dimensões socioculturais das existências coletivas da sociedade, mas apenas no serviço. Os usuários permanecem convivendo entre si e com a equipe no interior dos serviços, realizando procedimentos terapêuticos tecnicamente orientados e quando vão para suas casas, no final do dia, ou no final de cada atendimento, suas vidas voltam a posição periférica na família e excluída das redes sociais mais extensas como sempre foi, desde quando desembocaram nesse sofrimento psíquico.

Há que se retomar, portanto, ao nível dos projetos terapêuticos dos serviços algumas discussões dos verdadeiros objetivos que permeiam a aplicação de atividades terapêuticas e sua relação com a produção de sentido. As atividades são sempre produções que reportam ao universo integral humano, são realizadas e significadas no campo cultural, mas trazem a integralidade da condição humana e permitem a estruturação do ser e das existências. Para tanto, as dimensões do cotidiano e do território precisam ser retomadas, nos serviços, como campos privilegiados de atuação terapêutica e reabilitativa, porque aí, no campo da mundanidade, nas palavras de Arendt (2008), é que é possível completar as experiências que ficaram destituídas de sentido e significado ou criar novos sentidos e significados para as experiências vividas.

6 Considerações finais

Os serviços extra-hospitalares no campo da saúde mental e no âmbito do Sistema Único de Saúde constituem a centralidade das orientações da Política de Saúde Mental, representam, atualmente, o resultado dos esforços e objetivos dos Movimentos de Luta Antimanicomial e pela Reforma Psiquiátrica. Portanto, esses equipamentos constituem a esfera organizadora da rede de serviços de saúde mental, daí a sua grande importância e a necessidade de investimentos sociais constantes na construção e efetivação desses serviços.

Viu-se, porém, que alguns fatores têm dificultado a construção de projetos terapêuticos nesses serviços voltados efetivamente para o modo de atenção psicossocial: a extrema tecnificação das ações terapêuticas que enfatizam o tratamento clínico-medicamentoso e secundarizam ações psicossociais o que tem como consequência principal o

fechamento do trabalho nos serviços e a não inclusão social do usuário.

Por isso, é necessário ações em nível das políticas públicas do município que revitalizem os serviços extra-hospitalares de saúde mental pesquisados para que possam cumprir sua missão de construir efetivamente uma atenção integral aos portadores de sofrimento psíquico.

Referências

- ALMEIDA, M. C.; OLIVER, F. C. Abordagens comunitárias e territoriais em reabilitação de pessoas com deficiências: fundamentos para a terapia ocupacional. In: DE CARLO, M. M. P.; BARTALOTTI, C. C. (Orgs.). *Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas*. São Paulo: Plexus, 2001. cap. 4, p. 19-40.
- AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ARENDRT, H. *A condição humana*. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série E. Legislação de Saúde).
- CASTRO, E. D.; LIMA, E. M. F. A.; BRUNELLO, M. I. B. Atividades humanas e terapia ocupacional. In: DE CARLO, M. M. P.; BARTALOTTI, C. C. (Orgs.). *Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas*. São Paulo: Plexus, 2001. cap. 2, p. 41-59.
- HABERMAS, J. *Técnica e ciência como ideologia*. Lisboa: Edições 70, 1987.
- KANTORSKI, L. P. (Coord.). *CAPSUL - Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil: Relatório*. Pelotas: Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, 2007. 437p.
- MANGIA, E. F.; NICÁCIO, F. Terapia ocupacional em saúde mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: DE CARLO, M.; BARTALOTTI, C. (Orgs.). *Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas*. São Paulo: Plexus Editora, 2001. cap. 3, p. 63-80.
- RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano de Saúde de Ribeirão Preto-2010-2013*. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal de Saúde, 2009. Disponível em: <www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/16principal.php>. Acesso em: 02 abr. 2010.
- WIGGERSHAUS, R. *A Escola de Frankfurt: história, desenvolvimento teórico, significação política*. Rio de Janeiro: DIFEL, 2006.

Contribuição dos Autores

Regina Celia Fiorati: concepção e elaboração do mauscrito, revisão bibliográfica, organização de fontes, análise dos dados, redação do texto e finalização. Toyoko Saeki: concepção do mauscrito, revisão bibliográfica, organização de fontes, análise dos dados.

Notas

¹ O artigo é parte da Tese intitulada “A organização dos serviços extra-hospitalares de saúde mental, o projeto terapêutico e a inserção da reabilitação psicossocial” de Regina Célia Fiorati, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, cuja defesa e aprovação se deu em 04/11/2010. O projeto de pesquisa referente foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto em 08/10/2007, sob protocolo nº. 0831/2007.