



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

ANA CLAUDIA QUEIROZ BONFIM

**A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AO AUTISTA E AO
DEFICIENTE MENTAL**

FORTALEZA – CEARÁ

2009

ANA CLAUDIA QUEIROZ BONFIM

A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AO AUTISTA E AO
DEFICIENTE MENTAL

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio

FORTALEZA – CEARÁ

2009

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Bonfim, Ana Claudia Queiroz.

A integralidade na atenção psicossocial ao autista e ao deficiente mental [recurso eletrônico] / Ana Claudia Queiroz Bonfim. - 2009.

1 CD-ROM: il.; 4 - pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 87 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2009.

Área de concentração: Saúde Pública.

Orientação: Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio.

1. Integralidade. 2. Autismo. 3. Deficiência Intelectual. I. Título.

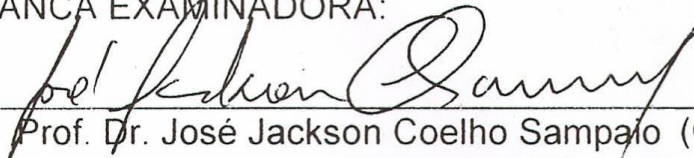
ANA CLAUDIA QUEIROZ BONFIM

A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AO AUTISTA E AO
DEFICIENTE MENTAL

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública
do Centro de Ciências da Saúde da
Universidade Estadual do Ceará, como
requisito parcial à obtenção do título de
mestre em Saúde Pública.

Aprovada em: 06 de março 2009.

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio (Orientador)

Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof. Dr. Erasmo Miessa Ruiz

Universidade Estadual do Ceará – UECE



Profa. Dra. Sandra Maia Farias Vasconcelos

Universidade Estadual do Ceará - UECE

A minha mãe por minhas vitórias e sucessos, o meu carinho, dedicação e admiração pela mãe que sempre foi.

Ao meu pai (in memoriam) que não pode participar desta etapa de minha vida mas que muito me ensinou sobre a diversidade humana e a simplicidade da vida.

A meu filho Guilherme fruto do meu ventre minhas esperanças e lutas sempre são para vê-lo feliz.

Ao meu esposo Bergson Bonfim pelo incentivo a realização deste mestrado.

Ao meu irmão-amigo Paulo Cristiano pelo apoio e companheirismo sempre.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Dr. José Jackson Coelho pelos inúmeros aprendizados, atenção e respeito dedicados ao meu trabalho e pelo seu exemplo de dedicação e competência as questões de saúde pública.

À professora Dra. Sandra Maia Farias Vasconcelos, pela sua competência e tranquilidade como conduzia minhas primeiras orientações com contribuições importantes para o meu crescimento no mestrado.

Aos professores Erasmo Miesse Ruiz e Rita de Cássia Barbosa Paiva Magalhães, pelas contribuições no Exame de Qualificação.

Aos irmãos Frâncio Queiroz e Claudio Queiroz pelo amor e incentivo proporcionado sempre.

Aos meus sobrinhos e cunhadas, o meu carinho e consideração.

Aos amigos e amigas do Encontro de casais, meu carinho e estima.

As amigas Ana Maria Borges e Maria Auxiliadora Paiva Rodrigues, pela amizade e pelos momentos compartilhados durante o curso.

As amigas Claudia, Norma e Thelma, pelo incentivo, pela confiança e pela cumplicidade.

Aos meus sogros, pelo cuidado, pela paciência, por torcerem e acreditarem em mim, obrigada por tudo.

Aos amigos do mestrado, pelo aprendizado, pela convivência e pela amizade.

A todos os professores do mestrado pelos ensinamentos oferecidos durante a realização do curso.

Ao Centro de Integração Psicossocial do Ceará pela oportunidade oferecida a realização da pesquisa

Aos profissionais do CIPC pela contribuição e confiança.

Aos usuários e pais dos usuários que participaram desta pesquisa, pois sem eles nenhuma dessas páginas estaria completa.

“Não importa perguntarmos se as pessoas estão habilitadas para expressar-se; cabe sim, perguntar a nós mesmos: estamos preparados para ouvi-las?”

(Williams & Shultz)

RESUMO

Esta pesquisa investigou os serviços de educação e saúde desenvolvidos pelo Centro de Integração Psicossocial do Ceará, junto a autistas e pessoas com deficiência intelectual. As ações desenvolvidas estão orientadas para o processo de acompanhamento e reabilitação dos pacientes, por meio de equipe multidisciplinar, o que exige integração do processo de trabalho, pela diversidade de ações executadas e o quantitativo de pessoas envolvidas no contexto diário de cada paciente. As atividades são realizadas pela instituição e orientadas pelo princípio da integralidade do cuidado, compreendendo-o como inovador e complexo, aglutinando os demais princípios do Sistema Único de Saúde-SUS e da Legislação Brasileira de Reforma Psiquiátrica. Com base nessa compreensão, o presente estudo teve como objetivo promover o entendimento da dinâmica de trabalho no serviço, destacando a relação necessária entre familiares, profissionais e usuários na construção da integralidade do cuidado. O tratamento metodológico utilizado compreendeu duas etapas: a primeira fez uso de uma pesquisa bibliográfica avaliando as várias contribuições apresentadas por diversos autores; e a segunda, fez uso de um estudo de caso, na instituição citada, por meio de uma pesquisa qualitativa exploratória, com uso da técnica de grupo focal, tendo sido confirmados os conceitos construídos pela primeira etapa da investigação. Os sujeitos da pesquisa foram 48 pessoas distribuídas em cinco grupos de representação: grupo I (profissionais que trabalham no serviço); grupo II (usuários autistas capazes de verbalizar, com boa interação social, e boa simbolização); grupo III (usuários portadores de deficiência intelectual, capazes de verbalizar, boa interação social e boa simbolização); grupo IV (pais dos usuários portadores de autismo); grupo V (pais dos usuários portadores de atraso intelectual). Os resultados foram avaliados por meio da técnica de análise de discurso de Orlandi, considerando as dimensões concretas e simbólicas dos conteúdos oferecidos pelas entrevistas e pelo registro dos grupos focais. Os resultados da pesquisa revelam que a infraestrutura do serviço ainda é insuficiente e inadequada, que o processo de trabalho é fragmentado, que as práticas de atendimento ainda estão centradas na doença e que os princípios de interdisciplinaridade e intersetorialidade ainda não são viabilizados. O modelo de atendimento do CIPC ainda está norteado por conflitos e contradições convivendo

com o antigo (fragmentação) e o novo (integralidade) num processo em construção com base nos princípios e diretrizes que orientam o Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Integralidade. Autismo. Deficiência Intelectual.

ABSTRACT

This study investigated the health and education services developed by the Center for Psychosocial Integration of Ceará, with autists and people with mental disabilities. The actions undertaken are geared towards the monitoring and rehabilitation of patients through multidisciplinary team, which requires integration of the work process, the diversity of actions performed and the amount of people involved in the daily context of each patient. The activities are carried out by the institution and guided by the principle of comprehensiveness of care, understanding it as innovative and complex, agglutinating the other principles of the Unified Health System and the Brazilian Law of psychiatric reform. Based on this understanding, this study aimed to promote understanding of the dynamics of employment in the service, highlighting the necessary link between families, professionals and users in the construction of the whole of care. The treatment methodology used comprised two stages: the first made use of a literature search, evaluating the various contributions made by several authors, and second, made use of a case study, at the said institution, through an exploratory qualitative research, using the technique of focus group and confirming the concepts constructed by the first stage of research. The research subjects were 48 people divided into five groups representing: group I (professionals working in the service), group II (autistic users able to verbalize, with good social interaction and good symbolization), group III (users with disabilities intellectual, able to verbalize, good social interaction and good symbolization), group IV (parents of individuals with autism), group V (parents of people with intellectual retard). The results were evaluated using the technique of Orlandi's analysis of speech, considering the practical and symbolic dimensions of content offered by interviews and the record of focus groups. The research results show that the infrastructure of the service is still insufficient and inadequate, that the work is fragmented, that the practices of care are still focused on the disease and that the principles of interdisciplinary and intersectoral are not enabled. The model of care of CIPC is still guided by conflicts and contradictions living with the old (fragmentation) and new (integrality) in a construction process based on principles and guidelines that guide the Unified Health System.

Keywords: Integrality. Autists. Mental Disabilities.

LISTA DE SIGLAS

CIPC	Centro de Integração Psicossocial do Ceará
PNEE	Pessoas Portadoras de Necessidades Educativas Especiais
SMSF	Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza
SUS	Sistema Único de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
CONASP	Plano de Reorientação da Assistência a Saúde
AIS	Ações Integradas em Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado
CIS	Comissão Interinstitucional de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
LOS	Lei Orgânica de Saúde
MS	Ministério da Saúde
NR	Normas Regulamentadoras
PNH	Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão
GTH	Grupo de Trabalho de Humanização

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Recortes de temas e subtemas referentes aos discursos dos trabalhadores pesquisados	38
Quadro 2 - Recortes significativos das falas dos participantes do grupo focal de trabalhadores em relação aos três subtemas do 1º tema...	39
Quadro 3 - Recortes significativos das falas dos participantes do grupo focal de trabalhadores em relação aos três subtemas do 2º tema...	45
Quadro 4 - Recortes significativos das falas dos participantes do grupo focal de trabalhadores em relação aos dois subtemas do 3º tema..	52
Quadro 5 - Recortes de temas e subtemas referentes aos discursos dos usuários e pais de usuários pesquisados.....	57
Quadro 6 - Recortes significativos das falas dos participantes do grupo focal pais dos usuários em relação aos dois subtemas do 1º tema	58
Quadro 7 - Recortes significativos das falas dos participantes do grupo focal pais dos usuários em relação aos dois subtemas do 2º tema	64
Quadro 8 - Recortes significativos das falas dos participantes do grupo focal dos usuários em relação aos dois subtemas do 3º tema	67

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	TRATAMENTO METODOLÓGICO	27
2.1	NATUREZA DO ESTUDO	27
3	CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO	30
4	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS	32
4.1	INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	32
4.2	INSTRUMENTO PARA ANÁLISE DOS RESULTADOS	35
4.3	DIMENSÃO ÉTICA	35
4.4	FORMAS DE EXPOSIÇÃO	36
5	A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM RELAÇÃO A INTEGRALIDADE DO CUIDADO	38
5.1	A ORGANIZAÇÃO E OS PROCESSOS DE TRABALHO NO SERVIÇO	39
5.2	OS ELEMENTOS PREJUDICADORES DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO	45
5.3	OS ELEMENTOS FACILITADORES DA INTEGRALIDADE	52
6	A INTEGRALIDADE NA CONCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E PAIS DOS USUÁRIOS	57
6.1	A ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO COMO ELEMENTO FACILITADOR DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO	58
6.2	ELEMENTOS PREJUDICADORES DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO: PERCEPÇÃO DOS PAIS DOS USUÁRIOS	63
6.3	A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS EM RELAÇÃO AO TRABALHO NO CIPC	67
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
	REFERÊNCIAS	75
	APÊNDICES	80
	APÊNDICE A - PERGUNTAS NORTEADORAS DO GRUPO FOCAL DOS PROFISSIONAIS	81
	APÊNDICE B - PERGUNTAS NORTEADORAS DO GRUPO FOCAL DOS PAIS	82
	APÊNDICE C - PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO	83

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA DIRETORA DO CENTRO DE INTEGRAÇÃO PSICOSSOCIAL DO CEARÁ.....	84
APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM NO SERVIÇO.....	85
APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA OS FAMILIARES DOS USUÁRIOS	86
APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA OS USUÁRIOS DA PESQUISA	87

1 INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema da integralidade na atenção psicossocial, ao deficiente mental e ao autista, resultou de uma construção correspondente à minha história profissional, de mais de uma década, cuidando de crianças e adolescentes portadores de deficiência.

Em agosto de 2004, fui convidada a trabalhar no Centro de Integração Psicossocial do Ceará (CIPC), uma instituição que trabalha com pessoas portadoras de necessidades educativas especiais (PNEE) e organizava seu trabalho em um conjunto de terapias individuais: fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e terapia ocupacional.

O CIPC tem como missão:

“contribuir para a formação de educandos críticos e autônomos a partir de um ambiente acolhedor e inclusivo, objetivando construir uma cultura de igualdade social, através de implantações de acessibilidade”. Para além do que é declarado nas missões, impõe-se analisar as práticas, isto é, a forma como um serviço que se apresenta para atender a Portaria 1635/GM operacionaliza, no cotidiano, as propostas de integração, continuidade e abrangência, observando suas forças e fraquezas, coerências e contradições, sucessos e impasses.”

Neste período o que mais inquietava eram os limites dos atendimentos aos portadores de deficiência mental e autismo, como também a enorme demanda reprimida. Estas características, limites e demanda, faziam com que as ações dos profissionais fossem guiadas exclusivamente pelas queixas imediatas dos pais, centradas na deficiência, o que deixava a todos muito distantes de ações integrais.

Enquanto profissional da saúde e agente permanente do processo de acompanhamento aos portadores de deficiência, deparava-me constantemente com a necessidade de se promover uma continuidade aos atendimentos realizados aos clientes com deficiência mental e autismos.

Então, em junho de 2006, fizemos um projeto para a Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza-SMSF solicitando a implantação da Portaria 1635/GM, do Ministério da Saúde. A resposta do gestor municipal foi rápida e positiva, pois, apenas dois meses após o pedido, a referida Portaria foi implementada no âmbito da cidade.

A Portaria Ministerial foi aprovada em 12 de setembro de 2002, com o intuito de garantir, às pessoas portadoras de deficiência mental e autismo,

assistência completa por intermédio de equipe multiprofissional e multidisciplinar, utilizando-se de métodos e técnicas terapêuticas específicas. O poder público garante...

assistência, atendimento e acompanhamento de pessoas portadoras de deficiência mental e autismo pelo SUS. As unidades cadastradas poderão aplicar terapias individuais e em grupo, psicodiagnósticos, atender pacientes que possuem alterações motoras e que demandem cuidados intensivos de reabilitação visual, auditiva e mental além de proporcionar atendimentos em oficinas terapêuticas (MS, 2002).

A incorporação do município de Fortaleza ao SUS e do CIPC ao comando municipal das políticas públicas no campo da saúde exigiu, de início, o aumento da equipe de trabalho. Os sete funcionários do passado tornaram-se 28, isto na dimensão da quantidade, pois na dimensão da qualidade, o mais visível avanço consistiu na diversidade, pela incorporação de psiquiatras, neurologistas e enfermeiros.

Com a nova proposta de atenção e a nova equipe, as ações no CIPC passaram a ser tensionadas no sentido de mais e mais mudanças, exigentes, agora, de educação permanente para a multiplicação de tecnologias de cuidado e de habilidades relacionais, comunicacionais e comunitárias pelos profissionais. A manutenção das antigas práticas distanciaria a instituição, novamente, dos princípios e das diretrizes do SUS.

Essa inquietação fez com que delimitássemos o objeto de estudo da presente pesquisa que trata da rotina operacional dos profissionais que se encontra fragmentada, perdendo com isso a integralidade do cuidado. Para tanto, buscar-se-á compreender como são estabelecidas as relações em que estão envolvidos os usuários, profissionais e familiares.

Não podemos aceitar que um médico responda apenas ao sofrimento manifesto do paciente. A atitude do médico que, diante de um encontro com o paciente motivado por algum sofrimento, aproveita o encontro para apreciar fatores de risco de outras doenças que não as envolvidas no sofrimento concreto daquele paciente, e/ou investigar a presença de doenças que ainda não se expressaram em sofrimento, ilustra um dos sentidos da integralidade (MATTOS, 2001, 48-49).

Elegemos como matriz teórica a integralidade da atenção à saúde, como um dos princípios orientadores do SUS, compreendendo-a como inovadora e complexa, aglutinadora dos demais princípios.

A análise de um sistema de saúde deve iniciar-se por desvelar a lógica da sua estrutura e de seu funcionamento, bem como as articulações institucionais que apresenta, tendo-se em mente as qualificações em relação à população abrangida, modelo assistencial implementado, e principalmente as formas de financiamento adotadas (ELIAS, 1996, 55).

A necessidade de compreender qualquer prática de saúde exige compreender as políticas praticadas pelo poder público e a maneira como a sociedade se organiza para produzir e distribuir riqueza. Na atualidade, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, pelas informações do Censo de 2000, existem no Brasil 24,5 milhões de pessoas com deficiência, o que corresponde 14,5% da população. Neste grupo, 2.848.684 de pessoas têm deficiência mental ou autismo, o que corresponde a 11,6% do total de indivíduos com algum tipo de deficiência. De acordo com esse mesmo Censo, em Fortaleza existem cerca de 320.000 pessoas com deficiência, e, deste total, 54.000 são crianças e adolescentes. Estima-se que nem 20% dos portadores de deficiência tenham acesso aos serviços de saúde, assistência social, educação básica e profissional, o que os coloca em situação dramática de exclusão, pela pobreza e pela deficiência.

O estudo da história pode revelar que o atendimento aos portadores de deficiência, até meados da década de 1970, foi marcado por um modelo médico ou clínico dito “centrado no cliente”. Os médicos foram os profissionais que despertaram para a necessidade de escolarização dessa clientela, que se encontrava misturada nos hospitais psiquiátricos, deste modo sendo vista como de doentes mentais crônicos, com as atividades pedagógicas tratadas de modo eventual e secundário. (FERNANDES, 1999).

As instituições que prestavam tais atendimentos eram formadas por equipes multiprofissionais clássicas, coordenadas mais formal do que realmente pelos médicos. O paradigma predominante era o da normalidade como ideal, buscando o retorno dos deficientes ao caminho normal perdido por algum incidente/acidente.

As mudanças econômicas, sociais, científicas e tecnológicas do século XX permitiram a construção de outro paradigma, que retirou a deficiência do âmbito conceitual da doença, incorporando-a ao âmbito da situação de vida, daí o processo pedagógico, as técnicas pedagógicas, os objetivos pedagógicos emergirem como dominantes neste processo de cuidado. Os grandes movimentos da contracultura

ocidental, na década de 1960, resultou em alteração profunda das mentalidades, do papel social do Estado, das políticas públicas e das tecnologias de atendimento.

Na década de 1980, simultaneamente ao processo de redemocratização, o país passou por uma crise na área econômico-financeira. No início da referida década, procurou-se consolidar o processo de expansão da cobertura assistencial iniciado na segunda metade dos anos 1970, em atendimento as proposições formuladas pela Organização Mundial de Saúde-OMS, na conferência de Alma Ata, em 1978, que preconizava “Saúde para Todos no ano 2000”, principalmente por meio da atenção primária (OMS,2001)

Nessa mesma época surge o movimento de Reforma Sanitária Brasileira, que determinou um novo paradigma científico e novas práticas de assistência em saúde mental foi constituído inicialmente por professores universitários e por profissionais da área da saúde coletiva, aos quais, posteriormente, incorporaram-se outros segmentos da sociedade, como centrais sindicais, movimentos populares de saúde e alguns parlamentares. Tal movimento cresceu e legitimou-se pelos movimentos populares e pela atuação de parlamentares e de instituições de saúde.

O movimento influenciou também alguns eventos, tais como a apresentação de uma proposta de reorganização do sistema de saúde existente, onde contemplava conceitos como universalidade, integralidade e participação social, e sobre a formulação do Plano de Reorientação da Assistência a Saúde-CONASP, no qual incorporava algumas propostas do Movimento de Reforma Sanitária e que se efetivou através das Ações Integradas em Saúde-AIS, sendo estas a primeira experiência de um sistema de saúde mais integrado e articulado, o que tornou base para a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde-SUDS. As AIS propiciaram ainda o surgimento das Comissões Interinstitucionais de Saúde-CIS.

Com a elaboração de uma nova Constituição, a qual dependeria de uma nova Assembléia Nacional Constituinte, convocou-se uma Conferência Nacional de Saúde-CNS, a oitava, em 1986, para se discutir uma nova proposta da estrutura e da política do setor. Conforme o relatório final (MS, 1997), a saúde ficou entendida como resultante de fatores como alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade de acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Para tanto, compreendendo saúde de modo

ampliado, princípios como universalidade, igualdade, intersetorialidade e racionalidade são questionados.

Em 1988, a Constituição Federal acrescentou em uma seção sobre saúde alguns conceitos e propostas debatidas na 8ª CNS, incorporando propostas apresentadas pelo Movimento de Reforma Sanitária. Com isso visando o cumprimento da Constituição, foi editada, em 1990, a Lei Orgânica da Saúde-LOS, formada pelas Leis Federais 8080/90 e 8142/90, as quais instituem sobre o funcionamento, organização e características do SUS. A Lei Orgânica de Saúde-LOS, desdobrando determinações constitucionais, estabeleceu os princípios, as diretrizes e os procedimentos que permitiram a passagem do modelo vigente para um modelo voltado à prevenção e à promoção da saúde.

O desdobramento operacional dos princípios do SUS incorporou-se tecnicamente na Política de Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência (MS, 1993), que declara como objetivo favorecer o atendimento, implantando na rede ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e integração social. O contexto brasileiro desta Portaria é muito rico de documentos, que atuam direta ou indiretamente na temática, entre os quais se destacam: Política Nacional de Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Lei 7853/89) e o Plano Nacional de Educação (Lei 10.83/01).

A Portaria de 1993 também significou o reconhecimento de que o modelo urbano de concentração de serviços de atenção terciária deixava inúmeros grupos sociais fora dos cuidados públicos, entre eles, de forma nítida, os portadores de deficiência. O esforço foi válido, deixou herança respeitável nos serviços, mas ainda não responde a todo o desafio da complexidade social brasileira e não tem sido acompanhado por pesquisas. Fernandes (2000), por exemplo, relata que são muito poucas as publicações referentes ao atendimento da pessoa com deficiência, no SUS, e que outro grande desafio se ergue, o da produção científica.

O sistema de saúde brasileiro, representado pelo Sistema Único de Saúde-SUS, não promovia uma integração dos serviços oferecidos na área de saúde e demais políticas públicas, como educação. O que resultava em atividades ocorrendo de forma espontaneísta e intermitente, tanto por profissionais liberais, como por instituições que não agregavam aos seus serviços uma política de integralidade, envolvendo todos os seus agentes em um processo contínuo e humanista.

Assim, o Ministério da Saúde, por meio de portarias que organizam o SUS, realiza a compra de serviços, o que possibilita a descentralização de suas ações e ampliação dos mesmos. Nesta perspectiva, a Portaria 1635/GM possibilita a promoção do atendimento aos portadores de deficiência mental e de autismo, criando amparo legal e financeiro ao acompanhamento contínuo dos portadores de deficiência e de suas famílias, além de fortalecer o processo de inclusão social e educacional destas pessoas, com atividades voltadas às áreas da saúde, educação e assistência social.

Então, como organizar estas atividades para que o processo de adaptação individual e coletiva dos agentes envolvidos neste segmento ocorra? Sabendo-se que o trabalho em saúde mental requer uma atenção aos usuários e agentes, como integrar estas duas variáveis em um contexto de políticas públicas diversas? Não se pode esquecer que estes questionamentos esbarram na compreensão de uma estrutura de gestão secundária, isto é, dos serviços públicos ou conveniados, capazes de realizar os cuidados junto aos usuários. No caso da experiência da autora, como estas determinações emanadas do SUS podem ser aplicadas por uma instituição como o Centro de Integração Psicossocial do Ceará-CIPC, estabelecido sob forma de organização não governamental?

Sabe-se que o sistema de saúde brasileiro vem passando por um processo de mudança iniciado com o movimento de reforma sanitária. O mesmo foi pautado em grande mobilização reivindicatória, alicerçada na luta contra os Governos Militares e na necessidade de construir uma estrutura normativa que atendesse as reais necessidades da população, nas questões referentes aos direitos de cidadania, mormente o direito à saúde. Tem-se, atualmente, como questão central a reformulação das organizações e estabelecimentos sanitários.

O processo de trabalho que constrói as práticas sanitárias tem sido construído a partir das compreensões sobre saúde/doença, cidadania e modelos democráticos, universais, de atenção à saúde. Dentro desse contexto, de defesa da vida humana em suas expressões individuais e coletivas, Campos (1994) defende que, mesmo com todos os limites e problemas de financiamento, de planejamento e de gestão, o sistema brasileiro de atenção à saúde é socialmente superior aos modelos liberais, mesmo o dos países ricos.

Somente no final da década de 1980 nos debates da VIII Conferência Nacional de Saúde, o conceito de integralidade é introduzido na discussão da

qualidade de um sistema de saúde. A constituição nacional firmou que as ações e os serviços de saúde, ao ser constituírem por um sistema único, integram uma rede que deve ser organizada segundo três diretrizes uma delas o atendimento integral, ou seja, a partir daí a integralidade surge como princípio constitucional da formulação de políticas de saúde.

A Lei Orgânica da Saúde (nº 8080/90), no Art. 7º, explicita, no seu conjunto de princípios, o caráter integral a assistência. Desde então o conceito de integralidade vem sendo objeto de reflexão na literatura em Saúde Coletiva.

As necessidades de serviços assistenciais de uma população não se reduzem às necessidades de atendimento oportuno de seus sofrimentos. Como também não se reduzem às necessidades de informações e de intervenções potencialmente capazes de evitar um sofrimento futuro. As necessidades não se reduzem àquelas apreensíveis por uma única disciplina como da epidemiologia, ou como a clínica. Novamente, o princípio da integralidade implica superar reducionismos. (MATTOS, 2001, 45-59).

A integralidade se constitui como um princípio organizador dos processos de trabalho nos serviços de saúde em busca da ampliação da percepção das necessidades de saúde da população.

O SUS pode ser entendido como um dispositivo institucional, criado pelo governo federal, mas abrangendo todos os níveis de governo, para dar conta do dever público de garantir o acesso universal e igualitário, nos termos da Constituição. Ele foi concebido para dar conta de todas as ações e serviços públicos de saúde assim como dos serviços privados contratados, de forma complementar. Os serviços, por sua vez, devem estar organizados em rede, de modo regionalizado e hierarquizado.

A integralidade enseja a flexibilidade da divisão técnica do trabalho. A atenção integral à saúde só é alcançável quando o trabalho se articula quebrando a fragmentação entre saberes e práticas. Neste caso, profissionais realizam intervenções em suas respectivas áreas, mas também executam ações comuns, nas quais estão integrados saberes provenientes de distintos campos.

Historicamente, os serviços não eram articulados, fazendo com que o paciente/cliente fosse fragmentado em partes, atendidos por diversos serviços. Durante muito tempo o atendimento ao deficiente mental e ao autista não foi prioritário o que não atendia as suas especificidades. A atenção a essas pessoas constitui um desafio para a organização dos serviços públicos de saúde, que apresentam ainda reduzidas ofertas de serviços, baixas coberturas, difíceis acessos

entre outros. Com a implementação da Portaria 1635/GM, os princípios organizativos de atenção ao portador de deficiência mental e autismo são definidos de forma a alcançar a integralidade na organização do serviço e na atenção ofertada.

Pensar a integralidade comporta, necessariamente, concebê-la como um caminho para a concretização do SUS. As inúmeras discussões acerca deste tema têm lançado desafios às concepções dos modelos de atenção à saúde, causando tensões que impulsionam novas formas nos modos de fazer, agir e pensar, em saúde. Finalmente como aponta Mattos (2003, 39-64), ao considerar que “a integralidade como princípio orientador da organização do trabalho, quer da organização das políticas, integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez a uma afirmação da abertura do diálogo”.

O grande desafio da busca da integralidade é a reestruturação da forma como os distintos estabelecimentos e organizações do setor de saúde trabalham ainda até os dias de hoje.

A prática em saúde mental configurou-se com base em fundamentos epistemológicos quebrando o paradigma de médico naturalista clássico (AMARANTE, 2003), construindo um novo espaço para a loucura e, para isso, instaurando um modelo psicossocial de cuidado. Segundo Costa-Rosa (2000), esse novo modelo está em oposição ao modelo antigo, asilar, em quatro aspectos fundamentais: na definição de seu objeto e dos meios teórico-técnicos de intervenção, nas formas da organização das instituições, nas modalidades do relacionamento com os usuários e a população e nas implicações éticas dos efeitos de suas práticas.

Quando se pensa em atenção integral ao portador de deficiência mental ou autismo estamos falando em um espaço para atender as famílias e os pacientes de forma a garantir o convívio em comunidade. Sabe-se que os Transtornos Globais do Desenvolvimento caracterizam-se pelo comprometimento grave, afetando habilidades de interação social e de comunicação, pela presença de interesses e comportamentos estereotipados.

A história humana revela-se também uma história de exclusões sociais e humana do homem. Se, no passado, o indivíduo com algum déficit era banido da sociedade, por meio do exílio, que resultava indiretamente em morte, ou da morte pura e simples, solução esta, de algum modo, mais piedosa. A eliminação continua,

embora, atualmente, de modo simbólico, por meio de rótulos, estigmas e desvalorizações da contribuição social dos des-habilitados (GOFFMANN, 1988).

No caso especial da atenção psicossocial ao portador de autismo e de deficiência mental, essa foi sempre uma questão secundária no contexto da saúde pública. Durante muito tempo os deficientes mentais foram excluídos da sociedade, entendidos como anormais da razão eram considerados pessoas sem almas.

Durante a antiguidade, as crianças deficientes eram abandonadas ao relento (PESSOTI, 1984). Isso acontecia, em acordo com os ideais morais da sociedade greco-romana clássica, em que a perfeição era extremamente valorizada. De acordo com o autor, em Esparta, crianças portadoras de deficiências físicas ou mentais eram consideradas sub-humanas, o que legitimava sua eliminação e abandono. Entre os romanos descartavam-se crianças deformadas e indesejadas em esgotos localizados no lado externo do Templo da Piedade.

A organização sócio-política-econômica desta época estava estruturada em atividades voltadas a agricultura, pecuária e artesanato. Estas atividades eram realizadas pelo povo, que não detinha qualquer poder político, econômico e social. Era responsável pela produção e sobrevivência da sociedade, mas, era bem de posse e uso da nobreza, a quem pertencia, servia e obedecia (Aranha, 2001)

Seguindo o fluxo histórico, na Idade Média, o sistema de produção supera o escravagismo greco-romano, mas instaura a servidão. O desenvolvimento da Igreja Católica, como potência política, econômica e militar, possibilita, entre a nobreza e os servos, surgir uma nova classe, a do Clero. Cabia ao povo o trabalho na produção de bens de serviço e na constituição dos exércitos, vivendo ou morrendo para o enriquecimento da nova nobreza feudal e do clero.

Na Idade Média, a deficiência era entendida como um fenômeno metafísico e espiritual, devido à influência da Igreja Católica, formuladora das ideologias e dos modos de explicação. Era atribuído à deficiência, por exemplo, um caráter divino ou demoníaco, de acordo com os comportamentos de passividade ou rebeldia, e este diagnóstico do caráter de cada deficiente levava a formas diferentes de tratamento, que, incluía, no caso dos rebeldes, a acusação de heresia, apostasia ou bruxaria. Kanner (1964) relata que a mais importante ocupação concedida aos retardados mentais era a de bobo ou de palhaço, para a diversão dos senhores e de seus hóspedes.

Ocorreram então, no final deste período, dois fatos importantes, decisivos na história da humanidade: a inquisição católica e a reforma protestante. Por um lado ou pelo outro, mudou pouco a situação do deficiente, por exemplo, ou do possesso em geral, mais tarde do louco ou do alienado em geral, todos confundidos numa mesma categoria. Se, como relata Pessoti (1984) as cartas papais orientavam como as pessoas podiam ser identificadas e como deviam ser tratadas, por morte na fogueira, tortura em cárceres ou açoites públicos, os reformistas de Martinho Lutero, defensores de uma ética lógica, tão lógica quanto rígida, defendiam que...

o homem é o próprio mal quando lhe faleça a razão ou lhe falte a graça celeste a iluminar-lhe o intelecto; assim dementes ou amentes são, em essência, seres diabólicos.

Somente no século XIII surgiu a primeira legislação sobre direitos e cuidados cotidianos necessários aos deficientes, que distinguiu juridicamente o deficiente mental do doente mental.

No século XVII, a ampliação do processo de urbanização em decorrência da revolução burguesa, traz um novo modelo no sistema de produção marcado pela queda da hegemonia religiosa e das monarquias, o capitalismo mercantil como uma nova forma de produção. Surgem os Estados Modernos e com eles a burguesia. Nessa época a visão metafísica do homem é substituída por uma visão utilitária concreta.

Inicialmente, a Igreja Católica, atenuou o tratamento e passou a reconhecer no deficiente um ser especial, embaixador das famílias junto aos anjos, por ter nascido sem a marca do pecado original. Por outro lado, as novas ciências, despertadas pelo Iluminismo, entendem os deficientes como produtos do infortúnio, a serem tratados por meio da magia e da astrologia. O primeiro hospital psiquiátrico surgiu nesse período, a institucionalização tornou-se uma prática comum. Os asilos e os conventos eram lugares de confinamento. E todas estas instituições eram, na prática, prisões. Aos deficientes sobrou o embate teórico e prático de três grandes racionalidades, três grandes poderes em busca de lhes explicar: a Igreja Católica (os sem pecado), a Justiça (os não cidadãos) e a nascente Medicina Psiquiátrica (os doentes). Deste modo a guerrilha pela posse dos deficientes e pela compreensão da deficiência foi analisada por Foucault (1977).

No século XIX é montada uma grande máquina de conter os sem razão, os incapazes, os destituídos, os doentes hereditários e incuráveis. Herdeira dos

Hospícios do século XVIII, dos Leprosários dos vários séculos anteriores e das Bastilhas, estes dispositivos alcançam o século XX e nele são enfrentados, como prova o trabalho de Erving Goffman, em sua obra **Asylums**, traduzido para o português como **Manicômios, Prisões e Conventos**, que se tornou marco na análise do impacto das instituições fechadas sobre os indivíduos.

Para Goffman (1962:46), os manicômios constituíam um...

um lugar de residência e de trabalho, onde um grande número de pessoas, excluídos da sociedade mais ampla por um longo período de tempo, levam juntos uma vida enclausurada e formalmente administrada.

No final do século XVIII havia diversos tipos de estabelecimentos que acolhiam os deficientes, essas instituições se diferenciavam, não por seu caráter médico, mas por sua direção e forma de controle público até então não ocorria um acompanhamento multidisciplinar a esse paciente. O primeiro hospital como instrumento terapêutico surgiu no final do século XVIII, criado por Guggenbuhl, uma instituição para o cuidado e tratamento de pessoas com Deficiência mental, localizado em Abendberg, Suíça. Mas tarde este projeto deu origem a prática do cuidado institucional, o que chamou a atenção para uma reforma significativa no sistema, mas foi somente no século XIX que surgiu a medicina hospitalar e o hospital terapêutico. Ao serem propostos como meios terapêuticos esses hospitais foram reorganizados como estabelecimentos especiais, mantendo ainda as mesmas características de discriminação social da velha organização hospitalar, ainda que numa nova relação de tutela completa e de isolamento.

Uma exclusão, mais grosseira ou mais sutil, acontece por meio da institucionalização em hospícios, asilos, campos de isolamento, quantas sejam as táticas de segregar o diferente, inferior, da sociedade. Mantoan (1998, 23-27) diz que ...

enquanto a pessoa está adequada às normas, no anonimato, ela é socialmente aceita. Basta, no entanto que ela cometa qualquer infração ou adquira qualquer traço de anormalidade para que seja denunciada como desviante.

O tratamento moral, que era a essência da atividade terapêutica asilar (MATOAN,1996), fez-se acompanhar da idéia de uma casa de educação de caráter especial, onde se deveria reformar o espírito do doente, trabalhando as normas de conduta por meio de técnicas disciplinares de caráter coercitivo, a partir do seu

isolamento do ambiente família. A partir da segunda metade do século XIX, começaram a se esboçar críticas a esta organização asilar, com suspeitas acerca de seu caráter não medicalizado e da ocorrência de reclusão de populações heterogêneas indiferenciadas.

Os primeiros programas voltados a uma atenção psicossocial somente ocorreu no início do século XX. Os sujeitos que até então haviam sido culpabilizados individualmente pelos problemas de saúde que os acometiam e dos quais não se esperava mais do que a assimilação passiva das prescrições normativas dos profissionais de saúde passavam a ser vistos como sujeitos portadores de saberes (MAZZOTTA, 1996,45-54).

Na segunda metade do século XX as idéias de normalização e integração surgiram como uma forma de criticar as instituições fechadas. Então, foram determinadas diretrizes para uma atenção integrada e inclusiva às pessoas portadoras de transtorno mental e de deficiências, diretrizes estas elaboradas e encampadas por um grande movimento político internacional, denominado de Movimento da Luta Antimanicomial. Amaral (1996) refere que, a partir de variadas pressões sociais, inclusive oriundas do crescimento da luta política antimanicomial, declarações oficiais sugeriram políticas de inclusão social e escolar, bem como a eliminação de barreiras arquitetônicas, incluindo políticas de emprego, lazer e transporte público para portadores de deficiência.

Mazzota (1996) relata que, no Brasil, o atendimento às pessoas portadoras de deficiência pode ser dividido em dois períodos:

- a) de 1854 a 1956 - quando foram criadas várias instituições e escolas de atendimento aos deficientes mentais. Até 1950, havia quarenta instituições públicas de ensino que ofereciam algum tipo de atendimento especial a deficientes mentais, sendo que quatorze destas prestavam também atendimentos a alunos com outros tipos de deficiência;
- b) de 1957 até o presente – quando o governo federal promove uma série de campanhas, no plano dos investimentos práticos e no plano simbólico do combate à discriminação, período marcado pelo ano de 1993, ano da Portaria 1635/GM.

Sabe-se, portanto, que estas pessoas, ao longo da sua história, sofreram todo tipo de exclusão e discriminação. Depois de muitos anos e muitas mudanças

ocorridas, embora que de forma lenta, hoje é possível visualizar um novo modelo de atenção, voltado para a desinstitucionalização, para a educação e para a vinculação comunitária ao processo de cuidar e proteger. Nos casos clinicamente evidentes de Transtorno Global do Desenvolvimento, tipificados pelo autismo e pela deficiência mental, a solidariedade e a humanização são lógicas integrais e eficazes de cuidado.

No momento atual as políticas públicas dos diversos países em que vem avançando o processo de desospitalização, têm procurado garantir aos pacientes e seus familiares um convívio saudável, ao mesmo tempo em que procuram criar serviços de atenção psicossocial através de portarias que orientam que essas unidades devam atuar com equipe multidisciplinar, como forma de organização de um modelo de atendimento, a partir da operacionalização dos princípios do SUS.

Atualmente, existem ferramentas disponíveis para a implementação de modelos em atenção psicossocial aos portadores de autismo e deficiência mental tendo como base, a integralidade do cuidado. Para tanto existe uma necessidade de projetos locais que agrupem várias abordagens teóricas e com isso reconstruam um modo de planejar, agir e cuidar. Portanto sabe-se que a integralidade é um desafio na atenção psicossocial.

O presente estudo aponta para o seguinte objetivo geral:

- a) Compreender a dinâmica de trabalho em serviço de atenção psicossocial aos portadores de deficiência mental e autismo, com destaque para a relação necessária entre profissionais, familiares e usuários na construção da integralidade do cuidado.

Tal objetivo geral permite quatro objetivos específicos:

- a) Descrever a organização e os processos de trabalho de serviço de atenção psicossocial especializado em autismo e deficiência mental;
- b) Identificar e avaliar as possibilidades de dinâmica de atenção aos portadores de condições clínicas tão adversas em mesmo cenário de cuidado;
- c) Identificar e avaliar, na situação concreta do serviço, os elementos prejudicadores da integralidade do cuidado;
- d) Identificar e avaliar, na situação concreta do serviço, os elementos facilitadores da integralidade do cuidado.

2 TRATAMENTO METODOLÓGICO

2.1 NATUREZA DO ESTUDO

Para o presente estudo optou-se pela metodologia qualitativa, uma vez que o tema foca relações sociais e as relações sociais são constituídas de processos conflitantes e estabelecidas em contexto não linear; ou seja, traz determinantes históricos, ideológicos, culturais, econômicos, políticos, sociais e psicológicos que caminham juntos estabelecendo relações que podem servir para manutenção e transformação das estruturas, das funções, dos significados atribuídos pelos atores e do fluxo histórico.

A escolha desta lógica de investigação foi importante para o desenvolvimento da pesquisa, pois permitiu explorar as relações entre estrutura, funções e sentidos dos eventos observados.

Considerando que o objetivo da presente pesquisa foi compreender a dinâmica de trabalho dos profissionais em um serviço que atende aos portadores de deficiência mental e de autismo, tendo em vista a importância da integralidade do cuidado, elege-se, portanto, a pesquisa qualitativa, sob forma de estudo de caso, a partir de uma perspectiva crítica, proporcionada pela técnica de grupo focal, porém de caráter exploratório.

Para Minayo (1996:21),

...pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Nesse sentido, a complexidade da construção das representações está dentro de um movimento dinâmico de relações entre o que os sujeitos pensam e o contexto da vida social que determina essas representações. Minayo (1996) exprime a capacidade de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

Sendo assim, a pesquisa qualitativa, no campo da saúde, pode ser considerada como um conjunto de atividades interpretativas que busca a

flexibilidade e a adaptação, que expõe a sensibilidade da relação entre o investigador e os pesquisados.

Minayo (1994:35) considera que as metodologias de pesquisa qualitativa não constituem em si ideologia ou uma corrente de pensamento. Pelo contrário, descreve-as como componentes das principais linhas teóricas das Ciências Sociais e, em cada uma delas, submetidas a uma organização e pressupostos peculiares.

Segundo Leopardi (2003:177),

...pesquisa qualitativa, é utilizada quando não se podem usar instrumentos de medidas precisos, desejam-se dados subjetivos, ou se faz estudos de um caso particular, de avaliação de programas ou propostas de programas, ou ainda quando não se possuem informações sobre o assunto....

Com este tipo de pesquisa, segundo a autora supra citada, tenta-se compreender a problemática destes sujeitos a partir de suas vidas diárias, de aspectos que não podem ser quantificados, pois trabalhamos com um universo de significados, valores e atitudes.

Para melhor compreender a integralidade do cuidado no serviço de atenção psicossocial, e a relação necessária entre profissionais, familiares e usuários na relação estabelecida pelo cuidado, utilizou-se a leitura da realidade, por meio da observação do pesquisador, e na interpretação dos resultados, ferramentas críticas, capazes de contextualizar historicamente o fenômeno, realizando um passo além da simples descrição.

Para Sampaio (1998), as pesquisa sociais precisam avançar passos críticos, tendo como horizonte a dialética. O presente trabalho não se propõe a aplicar a lógica dialética, mas procura tê-la como norte, conforme a definição formulada pelo autor:

[um] método de produção de conhecimento capaz de colher, representar e construir o real, que implica uma lógica que integra e supera a lógica formal, sobretudo o conceito de causalidade, articulando investigação, interpretação e exposição. O método [...] caracteriza-se pelo conceito de totalidade (reproduz condições, fatores e processos do fenômeno e apresenta perspectiva de interpretação capaz de revelar formação, formas de expressão e efeitos de um empírico historicamente saturado) e pela busca de garantia de preservação do valor heurístico dos dados [...]. Constitui o melhor método para estudo dos fenômenos sociais, pois permite a análise dos processos recorrentes em conexão com mecanismos regulares de mudança, além de aplicar relações, regularidades e modificações dos fenômenos nas condições efetivas de suas produções. É necessário destacar a dimensão política do método, porque busca compreender para transformar e exige que a teoria, desafiada pela prática, permanentemente se repense (SAMPAIO, 1998:123).

Para um entendimento integral da dinâmica de trabalho dos profissionais, optou-se pelo estudo de caso, pois este método permite que o profissional observe e compreenda, análise e descreva uma determinada situação real. É muito utilizado em pesquisas qualitativas, desenvolve-se a partir de uma situação natural e rico em dados descritivos e focaliza a realidade de uma forma complexa e contextualizada (GARCIA, 1996).

A literatura sobre o estudo de caso já é vasta, mas, para o presente propósito, cabe citar a paradigmática definição de Vidal (1934:28), para quem:

O estudo de caso pode ser definido como uma exploração de um sistema delimitado ou de um caso obtido por meio de detalhada coleta de dados envolvendo múltiplas fontes de informação. É um estudo aprofundado de uma unidade, grupo ou indivíduo, em sua complexidade e em seu dinamismo próprio, fornecendo informações relevantes para a tomada de decisão.

Observa-se que Minayo (1996) e Sampaio (1998) afirmam a necessidade de se construir um modo de investigar a realidade social, no campo da saúde, de modo a privilegiar a compreensão dinâmica da contradição e do conflito, predominando sobre a harmonia e o consenso; e o fenômeno da transição, predominando sobre a estabilidade.

Considerando a lógica formal, descrição, análise e síntese, vê-se que a análise é um organizador das informações e um ponto de chegada. Considerando-se a lógica dialética, descrição, análise, síntese, contextualização histórica e crítica teórica, a análise é, no mínimo, uma estratégia organizadora. Portanto, sem a pretensão de parar o estudo no momento analítico, nele é preciso concentrar os procedimentos, sobretudo quando se leva em conta o nível de maturidade científica da pesquisadora.

3 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO

O campo de trabalho é uma instituição privada, que realiza função pública na cidade de Fortaleza, capital do estado do Ceará, Brasil. A escolha ocorreu pelo fato desta instituição possuir convênio com a Secretaria Municipal de Saúde, firmado por meio da Portaria N° 1635-GM .

O CIPC, é uma entidade civil, sem fins lucrativos, sem conotação política partidária e sem base territorial definida, constituída em 07 de dezembro de 1971, com sede e foro à Rua Oliveira Filho, N° 3320, bairro Praia do Futuro, em Fortaleza, caracterizado como empresa lucrativa..

Na década de 1980, com uma portaria do antigo Ministério de Assistência Social, Educação e Cultura, o Centro teve que se adequar administrativamente e passar a ser entidade sem fins lucrativos. Para isso, registrou-se no Conselho Municipal de Assistência Social, passando a ser uma entidade de utilidade público-particular, com direito a estabelecer convênios federais, estaduais e municipais.

Atualmente, a instituição mantém convênio com a Secretaria de Educação do Estado do Ceará, pela cessão de professores; com o Ministério da Previdência e Assistência Social, por meio do Programa de Ação Continuada-PAC para a Reabilitação do Deficiente, pela liberação de financiamento a pagamento de pessoal e manutenção; e com a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, o grande comprador dos serviços produzidos pelo Centro.

O CIPC possui uma equipe técnica constituída de quatro terapeutas ocupacionais, quatro fonoaudiólogos, quatro psicólogos, dois fisioterapeutas, quatro pedagogos, uma enfermeira, um neuropediatra, um psiquiatra, um clínico geral, três gestores e três servidores de nível médio. Sua infra-estrutura possibilita espaço gerencial, espaço assistencial individual e espaços assistenciais coletivos, como oficinas.

O Centro tem como finalidades principais:

- a) Promover a inclusão social das pessoas com deficiência e lutar contra discriminação;
- b) Inserir os familiares dos alunos com deficiência no ambiente escolar;
- c) Incentivar a valorização das relações familiares;
- d) Capacitar os participantes para a inserção no mercado de trabalho;
- e) Trabalhar, junto às famílias, temas pertinentes aos transtornos sociais;

- f) Organizar, promover ou incentivar atividades culturais e terapêuticas comunitárias;
- g) Promover estudos, debates e reflexões sobre as implicações sócio-econômicas e culturais dos processos de marginalização e de exclusão;
- h) Treinamento familiar e comunitário, por meio de atividades desenvolvidas nas áreas de saúde, educação, trabalho, ecologia, não violência, cultura de paz, cidadania e protagonismo dos envolvidos, como agentes multiplicadores destas idéias.

O bairro onde está inserido o CIPC é habitado por uma classe média baixa, com grandes desvantagens socioeconômicas, desigualdades sociais marcantes e grande densidade populacional de famílias que vivem abaixo da linha da pobreza, situação essa marcada por grande incidência de uso de drogas, criminalidade e desemprego.

4 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Os sujeitos da pesquisa serão os profissionais, parte dos 250 usuários e de seus pais, estratificando-se em cinco grupos.

O critério numérico não foi o responsável para a definição da quantidade de participantes no estudo. Segundo Thiollent (2000) a representatividade dos grupos é feita a partir da relevância política e das idéias que circulam o momento histórico-social e esta representação se forma pela junção das ordens cognitiva, sociológica e política.

Os cinco grupos, abrigando 48 (quarenta e oito) pessoas, foram organizados do seguinte modo e em decorrência dos seguintes critérios:

O primeiro grupo foi composto por todos os profissionais que exercem a prática em atenção psicossocial no serviço, no total de 28 (vinte e oito) trabalhadores, responsáveis pela organização das ações no cotidiano institucional;

O segundo grupo foi composto pelos usuários portadores de autismo, capazes de verbalização, boa simbolização e boa interação social, utilizando-se o critério de saturação, o que levou ao número de cinco usuários;

O terceiro grupo foi composto pelos usuários portadores de deficiência mental, capazes de verbalização, boa simbolização e boa interação social, utilizando-se o critério de saturação, o que levou ao número de cinco usuários;

O quarto grupo foi composto pelo genitor disponível (mãe ou pai) dos usuários portadores de autismo, devidamente incluídos no segundo grupo, portanto cinco genitores;

O quinto grupo foi composto pelo genitor disponível (mãe ou pai) dos usuários portadores de deficiência mental, devidamente incluídos no terceiro grupo, portanto cinco genitores.

4.1 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para coleta do material empírico foram utilizadas a técnica de grupo focal, a aplicação de questionários, a observação simples e o diário de campo:

- a) A técnica do grupo focal foi escolhida por apresentar a possibilidade de expressar a subjetividade dos sujeitos da pesquisa, manifestando suas vivências no campo em estudo, por meio do relato verbal e discussões

em coletivo. O entrevistador do grupo ouviu a opinião de cada um e assim comparou suas respostas. O nível de análise foi o indivíduo no grupo. A unidade de análise do grupo focal foi o próprio grupo. Essa técnica possibilitou, em curto intervalo de tempo, reunir um conjunto de pessoas que puderam gerar interação grupal e informações, com profundidade de conteúdo.

A orientação teórica para o uso do grupo focal foi no sentido da geração de hipóteses, dando-se ênfase a aspectos intersubjetivos, o que permitiu identificar aspectos comuns de um grupo específico.

Os dados obtidos foram de natureza qualitativa e o número ou quantidade de grupos foi definido a partir do objetivo da pesquisa, sendo seu limite delineado pela saturação obtida através do esgotamento dos temas, no caso dos dois grupos de usuários. O grupo de trabalhadores cobriu a população deles, no serviço, e os grupos de genitores foram decorrentes dos grupos de usuários. Morgan (1997) define grupo focal como uma técnica de pesquisa que coleta as informações por meio das interações grupais ao se discutir um ponto principal sugerido pelo pesquisador.

Para Lefèvre (2003:18-24) o grupo focal é...

uma técnica de levantamento dados que se produz pela dinâmica interacional de um grupo de pessoas, com um facilitador, permite portanto compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais, é uma técnica importante para o conhecimento das representações, percepções, linguagens e simbologias de um determinado grupo.

As perguntas norteadoras, apresentadas ao grupo de trabalhadores, encontram-se discriminadas no Apêndice1.

b) O questionário a ser aplicado aos usuários e seus pais, foi organizado em torno de 10 (dez) perguntas abertas, conforme o Apêndice 2. Entre os trabalhadores, dois não puderam participar do grupo respectivo, e então, para não perder suas contribuições, o questionário também foi aplicado. O objetivo foi traçar perfil clínico e compreender o processo de trabalho, na perspectiva da integralidade.

O questionário representa uma técnica utilizada nas questões sociais, nos diversos campos profissionais e nas pesquisas em geral. Para que haja validade científica, convém dedicar-se a máxima atenção às exigências e aos limites do instrumento.

C) Realização de observação simples, nos ambientes de cuidado, para a identificação objetiva das rotinas, dos procedimentos, das posturas e das atitudes dos profissionais. O protocolo de observação encontra-se no Apêndice 3.

Este instrumento é considerado importante, pois possibilita novas interfaces com os outros instrumentos, portanto com as várias fontes de informação da pesquisa. As palavras de Minayo (1999:35) reforçam a escolha metodológica, quando aborda que:

... qualquer produção científica na área das ciências sociais é uma criação e carrega a marca de seu autor. É preciso aceitar que o sujeito das ciências sociais não é neutro ou então se elimina o sujeito no processo do conhecimento. Da mesma forma, o "objeto" dentro dessas ciências é também sujeito e interage permanentemente com o investigador.

Segundo Leopardi (2003), a observação simples é útil quando se trata de conhecer fatos ou situações que, de algum modo, tenham caráter público, ou que pelo menos não pertençam, estritamente, à esfera das condutas privadas. Para tanto, o autor estabelece quatro elementos básicos para uma observação simples: conhecimento prévio do contexto a ser observado; consentimento dos participantes; definição dos elementos a serem observados (sexo e idade, características pessoais relativas ao tema, comportamento, formas de comunicação, cenário, objetos e organização); e localização das pessoas nas hierarquias relacionais (linguagem usada, comportamento explícito).

Para Victória e Col (2000), na pesquisa qualitativa, algumas questões da relação entre pesquisador e pesquisados merecem exame, como, por exemplo, a técnica da observação que, muitas vezes, tem sido apontada como problemática, pela invasão da privacidade que pode representar, mesmo quando consentida. Como a observação acontece, naturalmente, *in loco*, os observados ficam à mercê de sua própria falta de controle da situação. Pode acontecer de irromper, num momento de observação, uma situação constrangedora não prevista.

c) Simultaneamente, pesquisador utilizará o diário de campo, que servirá para as anotações referentes às observações captadas fora dos instrumentos anteriores e para o registro de sentimentos e opiniões do

pesquisador. Resgata-se, aqui, a subjetividade do pesquisador, em relação humana com seu campo.

Para Victória e Col (2000), o diário de campo é o instrumento mais básico de registro de dados do pesquisador, desenvolvido originalmente para os estudos etnográficos. É necessário que no diário de campo seja feito um registro cronológico das atividades, requerendo-se também um fichário para registros referentes às pessoas envolvidas na pesquisa.

4.2 INSTRUMENTO PARA ANÁLISE DOS RESULTADOS

Para analisar o material coletado, utilizou-se a técnica da análise de discurso, que fornece as representações que compõem a parte subjetiva da pesquisa. A técnica consiste em “compreender como os objetos simbólicos produzem sentidos, analisando os próprios gestos de interpretação que ela considera como atos no domínio simbólico, pois eles intervêm no real do sentido” (ORLANDI, 2000, p.26).

Essa compreensão deve procurar a explicitação dos processos de significação presentes no texto e permitir que se possa “escutar” outros sentidos que ali estão compreendendo como eles se constituem.

Orlandi (2000) comenta que os discursos não são apenas mensagens a serem decodificadas. São efeitos de sentidos produzidos em condições determinadas e que estão de alguma forma presentes no mundo, deixando vestígios que o pesquisador tem de aprender. São pistas que ele aprende a seguir para compreender os sentidos aí produzidos. A autora chama atenção para o fato de que, quando buscamos averiguar a memória em relação ao discurso, a memória deve ser tratada como interdiscurso, como aquilo que já foi dito por outras pessoas, em outro lugar, é o dizer pré-construído, sustentando cada tomada da palavra.

4.3 DIMENSÃO ÉTICA

Os aspectos éticos foram seguidos de acordo com as exigências formais dispostas pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde-CNS/Ministério da Saúde-MS, que dispõe sobre as pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 1996).

A direção do CIPC assinou Termo de Consentimento (Anexo 4) em relação ao uso do serviço para fins de pesquisa, enquanto o pesquisador assinou Termo de Compromisso (Anexo 5).

A interação dos sujeitos da pesquisa ocorreu, sempre, com o cuidado de esclarecer os objetivos da pesquisa, convidando-os a colaborarem espontaneamente, respeitando o princípio da autonomia, este último considerado por meio do esclarecimento do voluntariado de participação. A permissão foi dada pela assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 6), pelos genitores dos usuários, simultaneamente sujeitos e responsáveis por outros sujeitos. Os trabalhadores e os genitores sabiam que, qualquer um e a qualquer momento, poderia se negar a continuar participando.

Quanto ao princípio da justiça, ele foi garantido pelo anonimato, o sigilo e o respeito à individualidade dos participantes. O princípio da beneficência foi garantido pela informação de que os resultados da pesquisa seriam devolvidos aos participantes e aos representantes legais da entidade envolvida, o que de fato acontecerá, após a defesa final da Dissertação à qual os resultados se destinam. E no que se refere à não maleficência, os participantes foram esclarecidos de que a pesquisa não lhes acarretará nenhum dano moral ou profissional.

O projeto foi cadastrado no Sistema Nacional de Ética em Pesquisa - SISNEP e aprovado pelo Comitê de Ética da UECE, que o aprovou, reconhecendo-o conforme a Resolução 196/96-CNS.

4.4 FORMAS DE EXPOSIÇÃO

A presente pesquisa encontra-se organizada em Introdução, Tratamento Metodológico, dois capítulos de Resultados e Discussão e as Considerações Finais.

Na Introdução, enfoca-se, a origem do SUS, a implementação da portaria 1635/GM, o princípio da Integralidade, a relação entre o público e o privado e como se configurou ao longo dos tempos o atendimento ao deficiente mental e ao autista.

No tratamento metodológico descreve-se a natureza do estudo a caracterização do campo e dos sujeitos da pesquisa, os instrumentos e os procedimentos de investigação, de interpretação e de exposição dos resultados.

No capítulo I, aborda-se a interpretação dos discursos dos profissionais o que permitiu a identificação de três temas: a organização e os processos de trabalho

no serviço, os elementos prejudicadores da integralidade do cuidado e os elementos facilitadores da integralidade do cuidado.

No capítulo II, enfocam-se os discursos dos pais e usuários desdobrados em três temas, a organização do serviço como elemento facilitador da integralidade do cuidado, elementos prejudicadores da integralidade do cuidado: percepção dos pais dos usuários e a percepção dos usuários em relação ao trabalho no CIPC.

As considerações finais evidenciam informações relevantes no que se refere à prática de saúde no CIPC, atravessado por conflitos e contradições entre um modelo antigo, que tem como eixo principal a fragmentação de procedimentos em serviço isolado, e o novo modelo, centrado na integralidade do cuidado e na integração do serviço em rede. Visando o aprimoramento das práticas, são também oferecidas recomendações.

5 A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM RELAÇÃO A INTEGRALIDADE DO CUIDADO

“Sem negligenciar a força das estruturas e a presença do poder, mas também sem desconhecer o poder criador dos homens e da força instauradora das narrativas (...) que eles inventam e experimentam, buscamos outra lógica para conhecer a natureza complexa da vida social – não a da determinação, mas a da mobilidade”
(GUIMARÃES, 2006:8)

O discurso dos profissionais sobre suas práticas e sobre os princípios das políticas que orientariam suas práticas, como é o caso da integralidade, emerge como resultado de um grande jogo de forças sociais que envolve suas histórias de vida, sua formação, a ação do poder público e as demandas da população. Para melhor visualizar suas falas, opta-se por apresentá-las por meio de recortes significativos.

Para Turato (2005:39)

...O significado tem função estruturante em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde.

A análise dos discursos abre-se para a interpretação, ao mesmo tempo em que estabelece condições para circulação, recepção e produção de idéias. Os relatos apresentam vivências comuns experimentadas e refletidas de forma única da parte de cada um. O método não permite passar a emoção expressa nos rostos e nos encontros, mas a singularidade de suas vidas e de suas explicações foi captada. A interpretação dos discursos dos profissionais permitiu a identificação de três temas, os dois primeiros desdobrando três sub-temas cada um e o último tema desdobrando dois sub-tema:

Quadro 1 - Recortes de temas e subtemas referentes aos discursos dos trabalhadores pesquisados

1º tema: A organização e os processos de trabalho no serviço.
- A infraestrutura do serviço (espaço físico, equipamentos, material de consumo)
- O processo de trabalho (encaminhamento, acolhimento, projeto terapêutico, equipe)
- a percepção dos profissionais em relação aos novos modelos de atenção.
2º tema: Os elementos prejudicadores da integralidade do cuidado
- o trabalho em equipe;
- a integração com outros serviços por meio de redes assistenciais;
3º tema: Os elementos facilitadores da integralidade do cuidado
- práticas inovadoras;
- interdisciplinaridade e intersetorialidade;

Fonte: Elaborado pela autora.

5.1 A ORGANIZAÇÃO E OS PROCESSOS DE TRABALHO NO SERVIÇO

Quadro 2 - Recortes significativos das falas dos participantes do grupo focal de trabalhadores em relação aos três subtemas do 1º tema (continua)

A infraestrutura do serviço (espaço físico, equipamentos, material de consumo)	O processo de trabalho (encaminhamento, acolhimento, projeto terapêutico, equipe)	A percepção dos profissionais em relação aos novos modelos de atenção
<p>“Bem eu acho que o espaço é pequeno para uma demanda grande e tão cheia de peculiaridades [...] acho que a quantidade de profissionais poderia ser duplicada para melhorar o atendimento só assim cada profissional não ficaria tão cheio de pacientes. [...] e não é só isso, para se trabalhar com essa clientela precisamos de material, trabalhar com lápis e papel é complicado.”</p>	<p>“Eu acho que o nosso trabalho requer reuniões periódicas para discutir casos, buscar alternativas, descobrir coisas novas [...] eu sinto falta disso, acho que isso deixa a nossa prática quebrada.”</p>	<p>“Tem que mudar do jeito que ta não dá, os profissionais vão ter que conversar com a gestão e falar da real necessidade de um serviço.”</p>
<p>“Na verdade o Centro não se preparou para receber uma demanda tão grande de pacientes, mas apesar disso, acho muito organizado. Só deveria existir mais profissionais, mais matérias equipamentos eu às vezes preciso fazer uma avaliação de motricidade e falta luva, como posso trabalhar com qualidade desse jeito.”</p>	<p>“Uma coisa importante a falar é fragmentação do serviço, cada profissional fica na sua sala, faz a sua terapia, mas em momento algum sentamos para fazermos estudo em grupo [...] é uma pena às vezes sinto que o setor de fisioterapia poderia me ajudar muito.”</p>	<p>“Eu acho que poderia ser bem pior é só imaginar que não existe nenhum serviço por aí que atendam essas crianças.”</p>
<p>“Eu já tinha trabalhado em outros serviços parecidos com esse, é tudo a mesma coisa, falta material o tempo todo, mas mesmo assim querem um atendimento de qualidade[...] aqui nós atendemos crianças com dificuldade de comunicação, falta material para esse tipo de atendimento na maioria das vezes eu compro o material que irei utilizar.Eu acho isso um absurdo”</p>	<p>“Em alguns momentos estou atendendo alguns pacientes com deficiência mental e percebo que a intervenção da psicologia seria muito importante para esses pacientes, só que percebo que existem alguns profissionais muito atrelados a um modelo tradicional de saúde [...] esses saíram da faculdade com modelo de consultório, não conseguem ver o serviço como espaço para discussões.”</p>	<p>“O problema é geral [...] acredito que nenhum serviço que atenda com essa portaria consiga realizar um trabalho de qualidade e que realmente siga os preceitos do SUS.”</p>
<p>“Não tenho muito o que falar, não, acho que o serviço está bem, precisa aumentar o espaço físico, adequar algumas coisas de ordem prática, como por exemplo ajeitar a infraestrutura do serviço como um todo, a sala de espera podia ter um ventilador que fizesse menos barulho, onde as pessoas para conversar não tivessem que gritar.”</p>	<p>“O paciente chega ao nosso serviço e ainda é visto por partes, não posso quebrar uma criança autista em pedaços, existe uma clientela bem considerável que precisa ser atendida em grupo.”</p>	<p>“Ter um serviço que trabalhe com seus usuários dentro do que o SUS prega eu acho que é o desejo de qualquer profissional que está preocupado com seu paciente.”</p>

**Quadro 2 - Recortes significativos das falas dos participantes do grupo focal
de trabalhadores em relação aos três subtemas do 1º tema (conclusão)**

<p>“Todos os dias recebemos uma quantidade enorme de pacientes, a nossa demanda reprimida já está bem alta. Você imagina se todos esses pacientes freqüentassem o nosso serviço com certeza não teríamos espaço, já é pequeno para a quantidade que atendemos e ainda temos poucos profissionais, agente precisa melhorar, mas eu acredito que estamos caminhando bem.”</p>	<p>“O aspecto mais importante no atendimento a crianças com autismo e deficiência mental é a troca de idéias entre profissionais. O paciente chega com encaminhamentos e vai para cada setor onde terá o atendimento [...] o paciente até parece um gaveteiro, todo comparti mentalizado.”</p>	<p>“Eu acho que um serviço que atenda essa clientela precisa ter algumas particularidades como, por exemplo: um novo modelo de atendimento, um novo modelo de acolhimento, um novo modelo de profissional [...] um profissional que não veja sua prática simplesmente dentro do consultório.”</p>
<p>“Como todos já disserm acho que a infraestrutura do nosso serviço poderia melhorar e acredito que esse é um ponto forte para dar qualidade ao nosso atendimento, adequar os espaços para receber os pacientes de forma digna é o mínimo que o serviço deveria ofertar. Ter material para se trabalhar faz parte da oferta do serviço.”</p>	<p>“As reuniões que acontecem geralmente são para dar informes [...] sinto falta de estudos de grupos, momentos de relaxamento, dinâmicas de grupo [...] As pessoas são tão ocupadas que tem profissional que só vejo no final do expediente quando já esta entrando no carro.”</p>	<p>“Eu acho que esse modelo de atendimento, esse modelo consultório já passou, mudar isso é nosso objetivo, só que quando é proposto um novo modelo de atenção a esses meninos, a família é a primeira a criticar [...] Eles só ficam felizes quando seus filhos entram nos consultórios.</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

Sobre a infra-estrutura do serviço (espaço físico, equipamentos, material de consumo) os profissionais do CIPC destacaram as dificuldades de espaço físico, referidos como pequenos, constrangidos, que não ofertam boas condições de trabalho, bem como a inexistência de equipamentos e materiais, o que prejudica profundamente a dinâmica dos atendimentos.

Em suas pesquisas, Barcellos e Colaboradores (2002) indicam que “os espaços são conjuntos de territórios e lugares onde os fatos acontecem simultaneamente, e, suas repercussões são sentidas em sua totalidade de maneiras diferentes”.

A queixa dos profissionais alinha-se na mesma direção daquilo que a literatura aponta. As relações estabelecidas, no processo de trabalho, caracterizado pelo cuidado às pessoas, não apenas tratamento de sintomas, exigem ambiente confortável, com métodos e técnicas adequados ao acompanhamento da clientela. Sem a estruturação adequada, não ocorrerá o necessário desenvolvimento dos processos de cuidar de indivíduos e de torná-los capazes de realizar suas atividades diárias sem supervisão permanente.

Para tanto, os ambiente físicos utilizados em serviços de saúde, quase sempre precisam de um tratamento adequado para que assim eles sejam reconhecidos como ambientes saudáveis.

...os espaços são tão pequenos e inadequados o que torna difícil proporcionar um atendimento de qualidade [...] Alguns usuários são tão comprometidos, gritam tanto, que trabalhar em um ambiente tão pequeno é muito desgastante.(GF05SU07)

O Ministério da Saúde define na PNH que “Humanizar é [...] ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2004).

Na investigação do espaço físico, pode-se observar que os funcionários, agentes desenvolvedores dos serviços, percebem até a presença dos acompanhantes comprometida pela inadequação da estrutura física. Nesta relação entre profissional, clientela e acompanhantes, em situação de infra-estrutura inadequada, o processo de trabalho se desqualifica. O Ministério do Trabalho, que tem por missão promover condições salubres para o desenvolvimento de atividades profissionais, numa perspectiva dupla trabalhador-centrada e usuário-centrada, entende que a qualidade dos atendimentos não pode ser comprometida, daí tendo estabelecido, entre as mais de 30 Normas Regulamentadoras-NR, a NR-17, especialmente destinada às questões ergonômicas, a fim de estabelecer parâmetros de qualidade do trabalho relativos às adequações psicofisiológicas.

A NR-17 visa “estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho as características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente (BRASIL,1990).

Alguns profissionais relatam suas sensações de sufocamento no ambiente de trabalho:

Vários estudos comprovam que salas com luz natural e vista para parte externa influenciam positivamente o estado de ânimo dos profissionais e o tratamento dos pacientes (FONSECA, PORTO e CLARKE, 2000). Os nossos trabalhares não se sentem beneficiados por cuidados como estes.

A observação objetiva do espaço de trabalho, por parte da pesquisadora, as normas do Ministério do Trabalho, as diretrizes da PNH e a percepção dos profissionais que são sujeitos do presente estudo confluem para uma idéia comum: o ambiente é fundamental para a boa qualidade do desempenho, com saúde para o cliente e saúde para o trabalhador. Fica evidente, portanto, a necessidade de realização de várias intervenções físicas, a fim de que se promova incremento da

satisfação dos profissionais, daí decorrendo incremento da qualidade das ações terapêuticas desenvolvidas no CIPC.

Quanto ao processo de trabalho (encaminhamento, acolhimento, projeto terapêutico e equipe), no campo da saúde mental, a dimensão singular também é compreendida como coletivo institucional. Portanto, a essência do projeto terapêutico é o vínculo trabalhador/cliente e o *locus* onde se inscreve a práxis, que revela a visão de mundo, a concepção de ser humano que determina a ação oferecida para alcançar o objetivo de produção social da saúde e da subjetividade: cuidar, ampliar o entendimento e a apropriação do processo saúde-doença, melhoria da qualidade de vida, protagonismo, cidadania.

Então, deve-se pensar nos elementos que guiam o processo de trabalho em saúde, os quais são assim identificados por Egry (1996):

- a) Estrutural – a lei orgânica da saúde, os princípios do SUS, regulamentações, diretrizes e políticas públicas para o setor;
- b) Particular – a função dos serviços na rede local de atenção, os dispositivos de interdependência ou colaboração das ações no sistema de saúde;
- c) Singular – a forma de organização do serviço, modelo de atenção operado institucionalmente e a capacidade do serviço produzir saúde (nível de satisfação de clientela e trabalhador, resolutividade, previsibilidade de ações, disponibilidade e capacidade de absorção de demanda espontânea ou produzida nas ações interinstitucionais).

Nesta perspectiva, durante o processo de investigação foi identificado que o princípio da integralidade não se faz presente nas ações desenvolvidas pela unidade de reabilitação. O discurso apresentado pelos terapeutas indica que o elevado número de atendimentos compromete a realização do cuidado e do aprofundamento teórico sobre interdisciplinaridade e sobre os próprios casos clínicos, o que facilitaria a integração dos serviços prestados aos usuários. O CIPC não tem Centro de Estudos, não tem reuniões semanais de equipe e não tem supervisão institucional, o que facilita o desenvolvimento de rotinas tradicionalistas, fragmentadas, puramente técnicas, focadas no manejo da doença.

“Eu acho que um serviço para ser completo precisa ter um projeto terapêutico adequado, que tenha como forma de trabalho um modo integral

de ver o seu paciente, isso facilitaria bastante os encaminhamentos o trabalho em equipe, o funcionamento em geral do serviço [...] assim o paciente era menos fragmentado” (GF01SU13)

A Portaria 1635/GM estabelece uma diversidade de atendimentos a cada paciente contemplado pelas ações, isto é, estabelece a singularização dos projetos terapêuticos. O que se observa é a dificuldade permanente da unidade de saúde em identificar quais atendimentos são prioritários para o desenvolvimento do usuário, pois na maioria das vezes o processo de avaliação inicial destas pessoas ocorre de forma estereotipada. E esta primeira impressão permanece como diagnóstico, para sempre, com pouca ou nenhuma revisão diagnóstica, pouca ou nenhuma avaliação, assim, mais uma vez, desconstruindo-se o princípio da integralidade.

Observou-se, também, que a fragmentação dos atendimentos é resultado de um processo de insatisfação e desmotivação da equipe de trabalho, o que falta são estímulos que desenvolvam esse processo de satisfação. Sendo assim, se considerarmos o espaço físico inadequado para atendimento em grupo, a alta demanda de atendimentos e a falta de estudos em grupo entendemos que se esses elementos sofressem alterações positivas serviriam como estímulos para desenvolver a motivação e facilitar a construção do conceito da integralidade do cuidado.

Desta forma a integralidade, por ser um princípio, não se concretiza em ação específica, mas sim em visão unificadora a ser operacionalizada por meio da criação de um estado de alerta de cuidado, facilitado por um processo eficiente de comunicação interna. Integralidade do cuidado resulta de uma atitude frente a saúde e doença como processo histórico-social. E atitude demanda tempo para ser transformada. Não se percebe este tempo, esta necessária educação permanente, esta circulação de comunicações no CIPC.

No que diz respeito à percepção dos profissionais em relação aos novos modelos de atenção, observa-se que as atuais políticas brasileiras, tanto de saúde, corporificada no SUS, como de saúde mental, corporificada na Lei de Reforma Psiquiátrica, investem em serviços territorializados, com trabalho multiprofissional interdisciplinar, focados no paradigma da atenção psicossocial comunitária. O SUS realiza-se complementarmente pela contratação de empresas e organizações não governamentais, orientando a prestação de serviços por princípios que pedem ações que promovam atenção integral aos portadores de deficiência mental e aos autistas.

“Hoje, o sistema de saúde se comporta mais como uma rede móvel, assimétrica e incompleta de serviços que operam distintas tecnologias de saúde e que são acessados de forma desigual pelas diferentes pessoas ou agrupamentos que deles necessitam, do que como um sistema onde o funcionamento harmonioso entre partes, cada qual com sua “função”, contribua para um bom funcionamento do todo.[...] A integralidade do cuidado que cada pessoa necessita, frequentemente, transversaliza todo sistema [...] e só pode ser obtida em rede (MERHY,2003)

A grande vantagem da contratação é a desconcentração do Sistema de Saúde, aumentando acesso e fazendo circular o controle social por vários entes públicos, não só os estatais. O acesso universalizado é um caro princípio do SUS. Mas a compra de serviços por procedimento incentiva práticas mercantilistas, que perdem a perspectiva da qualidade do cuidado e da natureza política dos sujeitos em relação, com direitos e deveres, para a precificação de cada gesto. Este aspecto compromete a orientação e o desenvolvimento de pessoas em seu ambiente de trabalho, pois a mudança de postura profissional se faz com treinamento permanente e articulação com os interesses em jogo: se cada gesto tem preço, a saúde e a doença passam para o reino da mercadoria e saem do reino do valor. Essa necessidade de mudar a forma de como o serviço está sendo oferecido apresenta-se claramente no discursos dos profissionais.

“Eu acho que um serviço que atenda essa clientela precisa ter algumas particularidades como, por exemplo: um novo modelo de atendimento, um novo modelo de acolhimento, um novo modelo de profissional [...] um profissional que não veja sua prática simplesmente dentro do consultório” (GFO1SU05)

Como atender a uma necessidade social é a grande questão quando se observa o discurso de profissionais que estão diretamente ligados aos familiares, percebendo-se o que eles desejam para seus filhos.

“Eu acho que esse modelo de atendimento, esse modelo consultório já passou, mudar isso é nosso objetivo, só que quando é proposto um novo modelo de atenção a esses meninos, a família é a primeira a criticar [...] Eles só ficam felizes quando seus filhos entram nos consultórios.” (GF01SU11)

Então, não é necessário inventar novas práticas, pois as boas práticas estão previstas no SUS, na PNH, na Lei de Reforma Psiquiátrica e na Portaria 1635/GM. É preciso fazer cumprir, com avaliação qualitativa permanente, não apenas auditoria de contas. O controle social passa ao largo, pois os conselhos focam apenas seus dinamismos de acompanhamento nos entes estatais, não se vendo ação de acompanhamento das ONG.

5.2 OS ELEMENTOS PREJUDICADORES DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO

Quadro 3 - Recortes significativos das falas dos participantes do grupo focal de trabalhadores em relação aos três subtemas do 2º tema (conclusão)

O trabalho em equipe	A integração com outros serviços por meio de redes assistenciais	A articulação entre a gestão e os profissionais
<p>“Imagina você atendendo e o teu paciente apresentar uma resposta totalmente inesperada a um determinado estímulo. E você não tem com quem discutir”.</p>	<p>“Algumas vezes eu solicito um eletro e as mães ficam loucas sem saber onde fazer o exame, a falta de integração entre os serviços prejudica o trabalho do profissional.”</p>	<p>“Às vezes eu percebo que a gestão esta mais preocupada com o horário e falta dos profissionais, com vai gerar renda para um pagamento ou uma reforma, eu acho isso totalmente errado eles precisam se preocupar mais com o funcionamento geral do serviço[...] um serviço não funciona somente com a gestão.”</p>
<p>“Eu acho que o mais importante em um serviço que atende essa clientela é o trabalho em grupo, infelizmente isso aqui ainda não ocorre como deveria”.</p>	<p>“Várias são as instituições que atendem pelo SUS, mas poucas estão preocupadas com a articulação entre os serviços, se isso realmente funcionasse talvez a fila de espera fosse bem menor.”</p>	<p>“A falta de articulação entre gestão e os profissionais prejudica demais s atendimentos, existe uma demasiada preocupação quanto as questões práticas de funcionamento, como por exemplo o horário de chegada dos profissionais, a atualização de prontuários. Mas nunca sentamos para conversar sobre as nossas reais necessidades, resumindo não existe articulação entre gestão e profissionais.”</p>
<p>“Quanto mais atendemos mais percebemos a necessidade de um trabalho em grupo. O resultado com os pacientes é outro quando isso ocorre [...] em minha opinião essa é uma falha grave do serviço.”</p>	<p>“Existem atualmente outras instituições que realizam um trabalho parecido com o nosso, mas ainda não existe uma integração entre esses espaços, não existe uma articulação com outros serviços. [...] eu já encaminhei um paciente para a realização de um determinado procedimento e ele ficou em uma fila de espera durante dois meses, depois eu descobri um outro lugar que faria o mesmo exame só que nesse não tinha fila.”</p>	<p>“Eu sinto que a gestão, tem uma concepção errada do que seja um serviço de atenção psicossocial, pois existem coisas que eles não podem resolver que compete aos profissionais e outra que precisam ser decididas junto aos usuários e aos pais dos usuários[...] um serviço não é feito somente de gestão, mas também de pacientes e profissionais.”</p>
<p>“Eu acho que o fundamental é o trabalho em grupo, a discussão entre a equipe [...] para isso é necessário colocarmos um momento desses em nossa rotina, será que a gestão e até os familiares aceitariam? [...] afinal de contas não estaríamos atendendo, menos um procedimento para gestão ou estaríamos enrolando para os familiares.”</p>	<p>“Eu já trabalhei em um serviço particular e as coisas andavam com mais facilidade já existia uma rede de assistência no local, a instituição mantinha uma rede de articulação imensa, não existia tanto descaso com o usuário.”</p>	<p>“Eu sinto que a gestão esta muito preocupada com a geração de recursos e uma boa condição de funcionamento da instituição[...] Ela não dispertou que o trabalho com os profissionais e usuários são fundamentais para qualquer serviço.”</p>

Quadro 3 - Recortes significativos das falas dos participantes do grupo focal de trabalhadores em relação aos três subtemas do 2º tema (conclusão)

<p>“Eu aprendo muito quando converso com meus companheiros, são outras experiências [...] às vezes encaminho um paciente meu para outra especialidade, só que sinto falta do trabalho em grupo [...] agente não conversa sobre o paciente, sobre a melhor maneira de intervenção [...] Ele atende a sua maneira e eu a minha.”</p>	<p>“Eu que trabalho no setor de serviço social recebo todas as reclamações. Esse setor tem como uma das funções promover a articulação com outros serviços, só que não é tão fácil assim, existe uma burocracia muito grande. E geralmente os pais não entendem acham que quando o encaminhamento é feito, logo eles irão ser recebidos.”</p>	<p>“Eu e alguns colegas já conversamos que um dos principais defeitos do nosso serviço é a falta de articulação entre a gestão e os profissionais. É muito importante que o serviço dê autonomia para os profissionais e que ofereça espaço para que nós possamos esboçar a nossa criatividade.”</p>
<p>“Em um serviço de atenção psicossocial uma das principais características é o trabalho em grupo, mas para que isso ocorra a equipe toda tem que querer, infelizmente as universidades hoje em dia não preparam os profissionais para esse tipo de trabalho [...] os profissionais são individualistas [...] o meu paciente, sabe como que é.”</p>	<p>“A falta de articulação entre os serviços acarreta vários problemas a instituição. Em primeiro lugar os pais não entendem, acham que aqui deveria existir estrutura para isso, reclamam dizendo que não sabem onde fazer, onde a fila é menor. E em segundo atrapalha muito o nosso trabalho pois as vezes preciso de uma avaliação auditiva e sei que o NUTEP e o NAMI estão lotados.”</p>	<p>“Existem coisas que são de competência da gestão e coisas que são de competência nossa, mas o mais importante é que para decidirmos algumas questões temos que sentar para conversarmos [...] a gestão não pode decidir, por exemplo, o melhor medicamento para um usuário, ela precisa que o médico avalie esse usuário e tome essa decisão.”</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

O trabalho em equipe constitui-se em exigência da complexidade do conhecimento, ninguém é mais capaz de dominar, o conhecimento acumulado pela humanidade, e em exigência da necessidade de reconhecer o ser humano em sua totalidade.

Ao longo de sua história de trabalho comum, a equipe de uma determinada instituição produz reflexões e teorizações sistemáticas a respeito de sua própria prática e um corpo de conhecimentos que constitui o esquema referencial básico do grupo. É um exercício contínuo, para cada profissional, manter a especificidade de sua profissão/especialidade e construir com outros profissionais/especialistas o projeto de atendimento de um determinado indivíduo ou grupo. Em relação a esses aspectos, Bleger (1984) faz algumas recomendações para o apoio psicossocial da própria equipe de trabalho em saúde:

- a) Delimitar as funções, status, papéis e as vias de comunicação;
- b) Trabalhar em grupo operativo sob a supervisão de colega que esteja fora da tarefa, até a equipe atingir a auto-regulação;
- c) Não deixar implícita nenhuma situação de tensão ou de rumor, pois toda dissociação é sempre um foco ativo e desconhecido de novas tensões;

- d) Não deixar problemas e situações conhecidas permanentemente pendentes sem que sejam trabalhadas.

O estudo permitiu observar que existem inconsistência e limitação no entendimento dos profissionais em relação aos elementos prejudicadores da integralidade do cuidado e da coerência do trabalho em equipe. Grande parte dos relatos identifica a necessidade de se realizar estudos em grupo, cuidado em grupo, decisão em grupo, mas o que seja equipe, grupo, disciplina, profissão, multi, inter e trans não são termos discutidos, para tomada de consciência e desdobramento da consciência em novas formas de gestão. A palavra-chave seria, neste caso, participação: planejamento participativo, gestão participativa, avaliação participativa.

O que se percebe é que grande parte dos problemas identificados nas unidades de reabilitação são atribuídos à gestão da Instituição. Mas se problematiza a gestão, muito menos formação e história profissional, orientadas corporativamente para um trabalho individualizado e competitivo.

Esse aspecto já é de consciência dos profissionais...

“Em um serviço de atenção psicossocial uma das principais características é o trabalho em grupo, mas para que isso ocorra a equipe toda tem que querer, infelizmente as universidades hoje em dia não preparam os profissionais para esse tipo de trabalho [...] os profissionais são individualistas [...] o meu paciente, sabe como que é, né?” (GF01SU20)

Outro ponto debatido sobre o trabalho em equipe, trata-se da definição de objetivos do projeto terapêutico dos usuários, pois no programa em que são inseridos é garantido o direito ao atendimento em diversas modalidades e os clientes, muitas vezes, não necessitam de alguns destes atendimentos. O CIPC precisa disponibilizar vários procedimentos terapêuticos, para quando se façam necessários, não alocar todos os processos terapêuticos disponíveis, apenas por estarem disponíveis, em cada cliente. Assim, a tarefa da equipe, no trabalho de equipe, é estabelecer o princípio da autonomia do cliente, definir o eixo principal do cuidado e fazer o projeto terapêutico ser funcional às necessidades do cliente, e não da equipe, ou da unidade de saúde, ou da fórmula de pagamento dos procedimentos.

Em face do problema da tendência à fragmentação dos modelos assistenciais, a integração dos serviços de saúde aparece como atributo inerente às reformas das políticas públicas. Teoricamente, integração significa coordenação e

cooperação entre provedores dos serviços assistenciais para a criação de um autêntico sistema de saúde, mas, na prática isso ainda não se realizou e poucas são as iniciativas para o monitoramento e avaliação sistemática de seus efeitos (PINHEIRO, 2003).

O conceito de integralidade remete, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e das organizações, em face do fato de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e das competências necessárias à solução dos problemas de saúde de uma população, em seus diversos ciclos de vida.

Num sentido mais amplo, a integração em saúde é um processo que consiste em criar e manter uma governança comum de atores e organizações autônomas, com o propósito de coordenar sua interdependência, permitindo-lhes cooperar para a realização de um projeto clínico coletivo (GIOVANELLA, LOBATO, 2002)

Os atendimentos promovidos pelo CIPC são de caráter eletivo e de forma a promover o acompanhamento dos usuários, o que dificulta a solicitação de procedimentos complementares, pois o cliente deverá ser encaminhado para outra unidade de saúde para que seja solicitado o procedimento, muitas vezes tendo que entrar em uma fila de espera que compromete o processo de reabilitação e cria uma instabilidade emocional no usuário em questão.

“Eu que trabalho no setor de serviço social recebo todas as reclamações. Esse setor tem como uma das funções promover a articulação com outros serviços, só que não é tão fácil assim, existe uma burocracia muito grande. E geralmente os pais não entendem acham que quando o encaminhamento é feito, logo eles irão ser recebidos.” (GF01SU03)

Para Campos (1997), “sem clareza da sua missão e do seu papel na rede assistencial, nenhuma instituição de saúde poderá ser planejada e adequada para dar uma resposta competente aos desafios colocados”. Para este autor, o resgate da identidade organizacional e a recuperação da motivação dos profissionais, associados aos instrumentos que possam orientar a tomada de decisão, são necessários para que as instituições respondam satisfatoriamente às necessidades da população e seja resgatado o compromisso com a qualidade na atenção à saúde.

Observa-se que os profissionais do CIPC colocam como elemento prejudicador da integralidade do cuidado a falta de integração com outros serviços e citam alguns critérios para que realmente ocorra essa integração.

“O paciente não precisa repetir sua história em cada atendimento que for....”; (GF01SU19)

“O paciente não precisaria fazer exames inúteis....”; (GF01SU15)

“Ter acesso fácil (por exemplo, telefone) aos exames e profissionais...”; (GF01SU22)

“Receber informações claras e precisas sobre a qualidade da assistência e resultados esperados das opções terapêuticas, permitindo-lhes fazer escolhas...”. (GF01SU09)

Percebe-se que, quanto maiores forem as pactuações interinstitucionais, quanto mais diversificados os cenários de aprendizagem e os fatores de exposição dos profissionais, maior será a instauração de possibilidades à integralidade das práticas em saúde, porém serão maiores os riscos à fragmentação.

A oportunidade que o modelo de rede representa é a possibilidade de reunir, em torno de um objetivo comum, entes com objetivos próprios e articular o que antes era isolado e setorializado. Outra vantagem da rede é permitir o planejamento e a avaliação de resultados e impactos, de modo sistêmico, crítico, problematizador. Busca-se conferir o que está mudando para melhorar a vida da população (INOJOSA, 2003).

A integração alinha-se à integralidade numa ação social que resulta da interação democrática entre os atores - gestores, trabalhadores, usuários - no cotidiano de suas práticas de cuidado em saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema e nas diferentes naturezas de especialidade ou de regime de propriedade.

A discussão do tema da articulação entre a gestão e os profissionais demonstra que o sucesso de qualquer organização depende, em maior ou menor grau, do empenho de cada um dos seus integrantes. No caso dos serviços de saúde, essa observação se aplica de modo radical, porque dependem, utilizando, as expressões de Dussault (1992) “[...] de seus operadores, em primeiro lugar”, e são “organizações profissionais” onde “[...] o saber e as habilidades são formalizadas através do processo de formação e as normas definidas pelas associações profissionais.”

O significado prático do que foi dito acima encontra-se presente no cotidiano de todos os que trabalham em serviços de saúde, tanto aqueles que realizam diretamente as atividades finalísticas como os que são responsáveis pela direção institucional. Os primeiros são os profissionais do CIPC, esses têm apenas uma difusa idéia dessa questão, mas seus comportamentos não deixam dúvidas a

esse respeito, na medida em preservam o limite de autonomia possível em cada ato de seu trabalho. A gestão, segundo o discurso dos profissionais, tem seu papel reconhecido, mas de modo muito limitado, restringindo-se apenas à mobilização dos recursos e das condições mais adequadas e possíveis para seu funcionamento.

“Quem decide a indicação de um medicamento ou prescrição de um exame? Quem determina a melhor terapia para o paciente? Quem vai dar a devolutiva aos pais?” (GF01SU11)

Não há dúvida que as respostas apontam os responsáveis pela execução direta das atividades, parecendo demonstrar, de modo enviesado, que o verdadeiro controle de todo o processo produtivo depende dos profissionais que operam o CIPC. Precisa-se desenvolver uma consciência mais crítica do processo de trabalho, para que se perceba o pequeno poder interno, para que se perceba o poder de decisão basicamente centrado na figura do pagador de procedimentos, com os trabalhadores e os gestores institucionais jogando um papel secundário, de realizador de tarefas, de frente de batalha entre o poder público e a demanda social desamparada.

Outra característica dos serviços de saúde, ressaltada por Dussault (1992), decorre do fato de que os “serviços produzidos atendem a necessidades multidimensionais e são difíceis de avaliar”. Essa questão vem ocupando as atenções de muita gente, tendo adquirido renovado interesse na era atual, em virtude de dois fatores fundamentais: a elevação da consciência individual e coletiva com relação a tais necessidades e o avanço dos direitos sociais quanto ao seu atendimento.

A discussão sobre a adequação da oferta de serviços de saúde, no contexto da modernidade das relações sociais, passa a ter um participante destacado, o próprio usuário do serviço, tradicionalmente apelidado de paciente. Seus interesses passam a ser considerados de uma forma nova, especialmente porque vão sendo progressivamente assumidos e advogados pelos próprios usuários, ao mesmo tempo em que se reduz a intermediação historicamente feita pelos profissionais de saúde, que sempre se julgaram conhecedores das necessidades de seus pacientes e, portanto, advogados de seus interesses. Esse é um ponto de reflexão e debate quando se fala em articulação entre gestão e profissionais como um dos elementos dificultadores da integralidade do cuidado.

As atividades do CIPC, por ser um centro de atendimento a portadores de deficiência mental e autismo, envolvem múltiplos interesses, onde destacam-se, de um lado, aquelas das diferentes clientela, e de outro, por ser um serviço complexo cuja oferta resulta da atuação de múltiplos agentes, os interesses também desses agentes, representados, de modo simplificado, pelos profissionais e pelos gestores do serviço.

“Um serviço como o nosso, usuários, profissionais e gestores precisam participar de algumas decisões [...] precisamos nos unir para gerenciar um serviço.” (GF01SU16)

A abordagem dessa dimensão de organização do CIPC nos leva a considerar uma das suas mais expressivas características: a presença de variados e, por vezes, divergentes interesses no campo da sua oferta e consumo. A importância dos três parceiros - os usuários, os profissionais e os gestores - se faz presente no processo produção-consumo do serviço.

Outro ponto importante citado nos discursos dos profissionais é que todos reconhecem que o desempenho de qualquer serviço de saúde depende de seu pessoal. Esse ponto foi proclamado por profissionais de todos os setores. Contudo, medidas concretas e eficazes dificilmente são operacionalizadas, seja por falta ou timidez de decisões, seja porque os esquemas tradicionais não correspondem à complexidade e ao dinamismo dos problemas vigentes. Esta é uma área crítica para a renovação das concepções e das práticas gerenciais. Ao tratar desse ponto, Kliksberg (1988) cita que a política pessoal resulta

“... construção de um sistema administrativo amplo que inclua uma série de rotinas orientadas basicamente para o controle dos funcionários [...] Quando hoje sabemos que, além da logística, uma política efetiva de pessoal implica uma agenda diferente, que contemple temas como a motivação, a participação, a relação entre mercados de trabalho privado e público, o desenvolvimento planejado e contínuo dos recursos humanos, etc.”

O que se quer dizer é que a reversão do quadro de inoperância do serviço, ao passar pela questão de gerência, não deve deixar de discutir a implementação de medidas que leve em consideração o reconhecimento do papel dos profissionais no serviço do plano institucional, nem a interação entre eles e, sobretudo, entre gestores-trabalhadores tanto com a comunidade de usuários e com o provedor público. Esses, portanto, são elementos fundamentais a uma nova concepção de gestão do trabalho em saúde..

5.3 OS ELEMENTOS FACILITADORES DA INTEGRALIDADE

Quadro 4 - Recortes significativos das falas dos participantes do grupo focal de trabalhadores em relação aos dois subtemas do 3º tema

Práticas inovadoras	Interdisciplinaridade e intersetorialidade
<p>“Estamos ligados ainda a um modelo de práticas voltadas ao quadro clínico da deficiência, o verdadeiro conceito de reabilitação psicossocial está bem longe de nossas práticas[...] inovar as nossas práticas significa mudar esse pensamento.”</p> <p>“Diversificar, inovar essas palavras configuram bem um serviço como o nosso. Eu sinto em alguns momentos que os meninos estão cansados, toda semana é a mesma coisa, ele chega à instituição, entra no consultório, passa meia hora depois vai para outro atendimento ou vai para casa, esse modelo é bem tradicional e está distante das novas práticas de reabilitação psicossocial.”</p> <p>“Buscar outras formas de atendimento, inovar a nossa prática são questões importantes para um serviço de atenção psicossocial [...] mas eu sinto que os familiares dos pacientes ainda não estão preparados, pois quando fazemos um atendimento em grupo ou fora de sala, alguns pais comentam que estamos enrolando, é aquela velha história o importante é o atendimento dentro do consultório.”</p> <p>“Atendimento a pessoas com deficiência mental e autismo exige criatividade, mas como ter essa criatividade dentro de um consultório? Modificar a nossa prática, centrar mais na reabilitação psicossocial nos colocaria bem distantes do modelo tradicional.”</p> <p>“Não tem o que se pensar inovar a nossa prática significa melhorar a qualidade do nosso atendimento.”</p> <p>“Como todo mundo já falou acho que mudar a nossa prática, aplicar técnicas mais humanizadas, sair do consultório iria melhorar muito a qualidade do nosso serviço.”</p>	<p>“Se tivéssemos uma ação interdisciplinar e intersetorial diminuiríamos essa concepção fragmentada e passaríamos a ter uma concepção unitária do ser humano, esses são pontos relevantes e facilitadores em um serviço de saúde.”</p> <p>“Eu acho que no nosso serviço de saúde a integração de conhecimento compartilhado possibilita novos modelos de atenção e facilitaria uma maior intersetorialidade o que por sua vez iria favorecer também um melhor atendimento.”</p> <p>“É importante cada profissional saber a importância da sua área no atendimento a pacientes com deficiência mental e autismo e como o trabalho de um outro setor pode estar influenciando no meu, é também muito importante a articulação entre os setores.”</p> <p>“O estabelecimento contínuo de parcerias intersetoriais, articulando ações interdisciplinares de assistência é o que todo serviço de ordem pública ou privada precisa estabelecer em sua prática.”</p> <p>“Eu já observei em vários momentos que os maiores problemas do nosso serviço ocorrem justamente pela falta de um trabalho interdisciplinar, pela própria falta de importância que a equipe dá a integração dos conhecimentos, você imagina a intersetorialidade, muitos profissionais acham que isso é somente uma relação entre os setores. [...] e se realmente funcionasse nessa instituição um trabalho interdisciplinar e intersetorial com certeza os resultados dos atendimentos seriam ainda melhores.”</p> <p>“Eu me lembro que durante o meu curso na faculdade eu tive somente uma disciplina que enfocava o serviço público e em algum momento foi falado sobre a interdisciplinaridade, mas confesso que a faculdade não nos prepara para um atendimento assim a prioridade é o atendimento em consultório particular ou com planos de saúde privados. Por isso eu entendo a dificuldade dos profissionais trabalharem em um modelo interdisciplinar. Agora depois que entrei aqui eu consigo perceber melhor e quanto faz falta esses aspectos em um serviço.”</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto às práticas inovadoras, a implementação da reforma psiquiátrica, ou seja, as ações dessa política traduzem-se em um desafio permanente à criatividade, que recolocam a discussão sobre o significado do cuidado em saúde

mental, fora dos hospitais, na vida comunitária, não tomando mais o sujeito por sua doença.

No cotidiano dos serviços de atenção a pessoas portadoras de deficiência mental e autismo é possível presenciarmos ações de profissionais que experimentam novas tecnologias pautadas na noção do cuidado ao sujeito de necessidades, de desejos e de crenças. No entanto, muito ainda há o que fazer para modificar ou criar em termos de atenção em saúde mental.

Desta maneira, é importante construir um novo olhar para o cuidado, baseado no diálogo e na criatividade, que possibilite a transformação social do papel dos profissionais no exercício da sua prática, a transformação social da participação de portadores de transtorno mental e a transformação social das representações antes segregacionistas, totalitárias, assujeitadoras.

O modelo clínico presente no pensar e no fazer dos profissionais do CIPC ainda assume um espaço clássico de poder, centrado no técnico-sabedor, mas com relevante aceitação e consideração nos sistemas abertos do cuidar em saúde.

“As famílias buscam um atendimento clínico tradicional, o mesmo que aprendemos a fazer na faculdade, o terapeuta ditando o que o paciente deve fazer.” (GF01SU06)

A noção de reabilitação em atenção psicossocial permite que o entendimento de novas práticas tem que fazer parte de um projeto de intervenção planejado por toda equipe, cujos objetivos gerais dirigem-se à consciência do cliente e dos familiares a respeito da importância de novas práticas, à autonomia afetiva-material-social do cliente e dos familiares e à incorporação do cliente na vida relação social (PITTA, 1996).

“As nossas práticas ainda estão voltadas ao quadro clínico que o deficiente mental e o autista apresentam, o conceito de reabilitação psicossocial está bem longe das nossas práticas.” (GF01SU23)

Trabalhar o conceito de reabilitação psicossocial, no serviço em questão, é possibilitar a desconstrução de práticas fundamentadas na objetividade da deficiência mental e do autismo e a reconstrução de práticas voltadas para as reais necessidades da pessoa. Reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar sua autonomia. Desta forma, entende-se por autonomia a capacidade de um indivíduo gerar normas,

ordens para sua vida, conforme as diversas situações que enfrenta (KINOSHITA, 1996).

Para esse autor o conceito de autonomia, questão central no campo de assistência em saúde mental, deve embasar o conjunto de novas práticas dos profissionais dentro de projeto terapêutico compartilhado, entendendo que a autonomia deve ampliar as possibilidades de estabelecer novas normas e novos ordenamentos para a vida.

É fundamental compreender que cidadania é a pré-condição de qualquer processo de cuidar em serviços que atendam pessoas portadoras de deficiência mental e autismo. A concepção de cidadania é um direito em si: soma dos direitos negativos, como não ser excluído, não ser abandonado e não ser violentado, e dos direitos positivos, como ser atendido nos serviços de saúde, ser bem atendido e ser reconhecido em suas necessidades (SARACENO, 1999).

É nesse enfrentamento do cotidiano, mediado pelo uso do tempo, do espaço, dos objetos e das inter-relações, que se devem processar as novas práticas do CIPC, o que possibilitará aos portadores de deficiência mental e autismo readquirirem ou adquirirem as habilidades potentes para as trocas e as escolhas próprias.

Nessa perspectiva de reabilitação, as novas práticas no CIPC irão possibilitar projetos de vida significativos para cada usuário, como eixo central da ação terapêutica. É importante que reabilitação em atenção psicossocial não se torne um novo jargão a batizar velhas práticas e iniciativas enquadradas no modelo antigo.

A busca de práticas inovadoras significa dar um novo direcionamento à atenção, levando em conta a escuta, o acolhimento, a ética, a autonomia, o resgate da cidadania, a subjetivação, o respeito, a liberdade e a inclusão social. É ao redor deste ideário e dos acordos comuns que os profissionais do CIPC, com diferentes formações, crenças e filiações teóricas, devem se reunir e formar equipes interdisciplinares.

As transformações necessárias da assistência para a prática da atenção psicossocial estão avançando, na medida em que os conhecimentos produzidos nesta área incorporam estratégias de acolhida e continência que consideram, em todos os momentos, o exercício da cidadania ativa aos portadores de deficiência mental e autismo. Desta forma, os profissionais da saúde do CIPC tentam sair de um

modelo prescritivo de instrumentalização e de técnicas para operar um modelo ético comprometido com as necessidades do sujeito social doente.

No que tange à interdisciplinaridade e intersetorialidade, a complexidade do mundo e da cultura as exigem. Qualquer acontecimento humano apresenta diversas dimensões, níveis e campos, uma vez que a realidade é saturada de múltiplas determinações, é uma síntese inclusive de contradições. Sendo assim, a compreensão de qualquer fenômeno social requer que se leve em consideração as informações relativas às várias dimensões e eixos de contradição. Essa tem sido a linha de argumentação com maior poder de convencimento em favor da interdisciplinaridade.

O conceito de interdisciplinaridade surgiu no século XX, mas só a partir da década de 1960 começou a ser enfatizado como necessidade de transcender e atravessar o conhecimento fragmentado, tendente à super-especialização. O desafio era como recompor aquilo que se estraçalhava pelo mercado de especialistas.

O desenvolvimento de práticas interdisciplinares envolve flexibilização dos mandatos sociais e revisão das legislações profissionais, bem como a ampliação destas práticas na formação dos profissionais. Observa-se que a interdisciplinaridade no serviço de saúde em questão foi colocada por todos os profissionais como um dos elementos facilitadores da integralidade do cuidado.

“Um trabalho interdisciplinar iria diminuir a concepção fragmentado do usuário o que iria facilitar o trabalho em atenção psicossocial.” (GF01SU01)

A reforma psiquiátrica introduziu a própria idéia de campo da saúde mental e o paradigma da atenção psicossocial comunitária. A atenção ao portador de deficiência mental e autismo incorpora a interdisciplinaridade como exigência do cuidado, o qual enfoca o portador de deficiência, sua vida e fragilidade. Coloca a necessidade de construir vínculos, de acolher o sofrimento, de construir uma prática criativa e solidária e de saber transitar por um conhecimento, complexo, multidimensional, que privilegia o intercâmbio entre vidas e idéias (OLIVEIRA, 2000).

A interdisciplinaridade surge como uma necessidade concreta para efetivação e resolutividade dos serviços de (re)habilitação psicossocial, ajudando os profissionais a não perderem a noção de conjunto, aspecto fundamental para a construção de pontes que possibilitam saltos qualitativos na assistência prestada.

Desta forma, valores como o respeito à liberdade e a dignidade de cada pessoa, a ética e a integralidade das ações, devem transcender as categorias profissionais.

A busca de novas formas de interação com a pessoa portadora de deficiência mental e de autismo e seus familiares, constitui um desafio para os profissionais do CIPC, devido ao fato de que se encontram ainda muito isolados e longe dessa prática.

Outra questão citada pelos profissionais foi a intersetorialidade, que acompanha a lógica da interdisciplinaridade mas envolve setores das políticas públicas e instituições diferentes, além de suas perspectivas de espaço e de poder. Ao se defender a intersetorialidade, muitos interlocutores questionam este modo de organização, preocupados com a especificidade dos setores e das atividades que desenvolvem a saúde. Mendes (1996) afirma que “a intersetorialidade não anula a singularidade do fazer setorial pela instituição de uma polivalência impossível, ao contrário, reconhece os domínios temáticos, comunicando-os para a construção de uma síntese”.

Além disso, para além da articulação de instituições em um sistema hierarquizado, quando as partes detêm seus poderes próprios, a formação de redes radicaliza o processo e põe em xeque tais concepções, exigindo novos conceitos que contribuam para a construção de um diálogo mais amplo e para a maior transformação das práticas sociais e institucionais. A construção de redes e de ações interinstitucionais implica, também, na construção de uma nova linguagem integradora entre os campos profissionais e institucionais envolvidos.

A intersetorialidade, para Inojosa (1997), pode ser entendida como “a articulação de saberes e experiências no planejamento, na realização e na avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando a um efeito sinérgico do desenvolvimento social”. Essa dinâmica supõe uma nova forma de gerenciar um serviço de saúde, buscando a fragmentação deste e considerando o usuário em sua totalidade, o que se coloca, ainda, num horizonte de intenções para o CIPC.

6 A INTEGRALIDADE NA CONCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E PAIS DOS USUÁRIOS

“Cuidar das coisas implica ter intimidade, senti-las dentro, acolhê-las, respeitá-las, dar-lhes sossego e repouso. Cuidar é entrar em sintonia com, auscultar-lhes o ritmo e afinar-se com ele. A razão analítico-instrumental abre caminho para a razão cordial, o sprit de finesse, o espírito da delicadeza, o sentimento profundo. A centralidade não é mais ocupada pelo logos razão, mas pelo pathos sentimento.”

(BOFF, 1999: 35)

Acredita-se que a produção dos discursos individuais, sobre realidades vividas, revela um processo ativo de constituição das subjetividades, portanto dos conceitos sobre o mundo e sobre si mesmo. A constituição da subjetividade é marcada pelas condições históricas, da produção das condições de existência, nas quais cada pessoa se insere.

Para Bakhtin (1992:314)

“À medida que o pensamento vai sendo elaborado nas relações sociais, os enunciados dos outros vão se tornando, numa relação contínua, enunciados próprios da pessoa. Ao focar o discurso individual é possível dizer que ele está repleto do discurso do outro, caracterizado pela alteridade ou pela assimilação.”

De acordo com o autor, os discursos analisados não apresentam sentidos únicos, mas um local de conflitos e lutas sociais, que surgem e se transformam em diferentes significações. Nessa apropriação dos discursos dos pais dos usuários e dos usuários destacam-se conceitos e valores, que caminham socialmente, os quais são sistematizados, incorporados, modificados e recusados pelo pesquisador.

Os discursos analisados permitiram a identificação de três grandes temas, desdobrados em dois sub-temas cada um dos dois primeiros temas e um subtema referente ao último tema. Para melhor visualizá-los, opta-se por apresentá-los por meio de recortes significativos, como apresentado no Quadro 5.

Quadro 5 - Recortes de temas e subtemas referentes aos discursos dos usuários e pais de usuários pesquisados

1º tema: A organização do serviço como elemento facilitador da integralidade do cuidado.
- Acolhimento e vínculo
- O trabalho terapêutico com os pais
2º tema: Elementos prejudicadores da integralidade do cuidado: percepção dos pais dos usuários
- Educação e saúde no processo de reabilitação;
- Devolutivas dos atendimentos;
3º tema: A percepção dos usuários em relação ao trabalho no CIPC
- Oficinas Terapêuticas;

Fonte: Elaborado pela autora.

6.1 A ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO COMO ELEMENTO FACILITADOR DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO

Quadro 6 - Recortes significativos das falas dos participantes do grupo focal pais dos usuários em relação aos dois subtemas do 1º tema

Acolhimento e vínculo	O trabalho terapêutico com os pais
<p>“Eu não tenho o que reclamar não, as meninas tratam a gente muito bem. [...] já aconteceu uma vez deu ir falar com a médica e não poder porque a consulta não estava marcada, isso só aconteceu uma vez. [...] em todo lugar é assim você só é atendido se tiver com uma consulta marcada.”</p>	<p>“Quando descobri que meu filho era especial, faltou chão, você imagina, quando agente está grávida agente faz vários planos para nossos filhos imagina que ele vai ser doutor, vai ganhar dinheiro para nos ajudar aí quando ele nasce e se descobre que ele só vai ser filho até aceitar essa idéia dar para pirar um pouco, nessa hora era que deveríamos começar a ter atendimento.”</p>
<p>“Aqui o atendimento é muito bom, os profissionais, os atendentes tratam agente muito bem. [...] meu filho é atendido na hora que é marcada, cada criança tem o seu horário por isso agente não pode chegar atrasado.”</p>	<p>“Como agente vai saber se está fazendo as coisas certas, às vezes colocamos manias em nossos filhos porque não sabemos lidar com a deficiência dele, aí os terapeutas vem e reclamam da gente [...] eu tenho muitas dúvidas e conflitos na minha cabeça é muito importante o acompanhamento para gente e para os nossos filhos.”</p>
<p>“Quando eu cheguei aqui fiquei numa fila de espera, achei que era igual aos outros cantos que eu já tinha ido, ia esperar muito tempo, aí um dia uma moça me ligou perguntando se eu ainda queria o atendimento para meu filho, nem demorou muito [...] a fila de espera é porque tem muito menino especial sem atendimento. [...] fui muito bem recebida, meu filho foi mui bem tratado aqui não tenho por enquanto o que reclamar”</p>	<p>“Você saber que seu filho não é normal e que possivelmente não vai lhe dar um netinho, ou não vai entrar na faculdade é muito duro [...] Às vezes eu penso que isso esta resolvido na minha cabeça, mas tem dia que acordo muito para baixo e percebo que não resolvi essa questão. Imagina se eu não fosse acompanhada como seria a minha cabeça.”</p>
<p>“Eu acho o pessoal daqui muito atencioso não tem essa de ficar esperando muito tempo quando meu filho vai para médico não preciso esperar muito pela consulta dele, e quando ele vai para a Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia e Psicologia é só eu chegar na hora certa que o atendimento acontece e outra coisa boa que eu acho aqui é que os profissionais não faltam muito, porque agente vem de tão longe com esses meninos aí o profissional falta é muito ruim.”</p>	<p>“o acompanhamento aos pais é muito importante, eu, por exemplo, não sabia o que fazer com meu filho achava que era um castigo para mim e meu marido ter um filho especial. Não dava atenção aos outros filhos e sempre estava brigando com eles por causa do Gustavo, achava que todos dentro de casa deveriam dar somente atenção ao meu filho especial, isso só mudou depois que comecei a participar de um grupo de mães, e está sendo ótimo.”</p>
<p>“O pessoal aqui nos trata muito bem, não tenho o reclamar, fui muito bem acolhida pelos profissionais e pela atendente. [...] agente já sofre tanto procurando atendimento para nossos filhos, que quando agente chega em algum lugar e é bem tratado agente acha o máximo.”</p>	<p>“Quando eu descobri que meu filho era autista, eu não sabia do que se tratava meu filho decorava várias propagandas de televisão, repetia os que as pessoas falavam isso me deixava angustiada eu sofri durante alguns anos, então quando comecei a conhecer outras mães no grupo que participo que tinham filhos com autismo passei a achar que o meu filho não era um grande problema.”</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

O acolhimento na saúde pode ser entendido como uma diretriz ética, estética e política que constitui os modos de se produzir saúde e pode também ser

compreendido como uma ferramenta tecnológica de intervenção, para a construção de vínculo, na garantia de acesso aos serviços e na qualificação da escuta. Segundo Merhy (1997), os objetivos do acolhimento são ampliar os acesso dos usuários ao serviço, humanizar o atendimento e funcionar como dispositivo para a reorganização do processo de trabalho.

Os pais dos usuários definiram, em seus discursos, o acolhimento no serviço como um modo de tratamento, muito distante da concepção de Merhy (1997) e, como se verá em seguida, da de Teixeira (2003).

“Todos me tratam muito bem...” (GF04SU04);

“Sempre fui bem recebida, meu filho é sempre bem tratado...” (GF04SU02);

“O tratamento aqui me chamou muito atenção, é muito diferente de outros lugares que eu já tinha ido...” (GF05SU04)

“A pessoa da recepção sempre recebe agente muito bem, diferente de outros lugares que eu já fui, agente que tem filho especial sofre muito porque tem lugar que agente chega e as pessoas nem olham para cara da gente.”(GF0SU01)

Teixeira (2003) é um dos autores que trabalha com a abordagem do acolhimento enquanto lógica de relacionamento com os usuários e o define como uma “rede de conversações”. Esse autor propõe o uso do termo acolhimento-diálogo para identificar um tipo especial de conversa que ocorre ou pelo menos deveria ocorrer nos serviços de saúde.

“O acolhimento-diálogo é uma espécie de mola mestra da lógica technoassistencial e, mesmo, como um dispositivo indispensável para o bom desempenho da rede technoassistencial de um serviço de saúde.”

A idéia é que o acolhimento exerça papel fundamental, estratégico, na rede de conversações que formam o CIPC, instalando-se em todos os lugares e tendo uma função de receber e ligar uma conversa a outra, portanto gerando grupalidade e protagonismo democrático dos sujeitos envolvidos. Assim, estabelecer-se-á conexões entre os mais variados espaços de conversas e se dando em qualquer encontro profissional/usuário, profissional/familiar, usuário/familiar.

Portanto, o acolhimento não constitui uma atividade em si, mas um conjunto de todas as atividades assistenciais, resultando em procura constante de reconhecimento das reais necessidades de saúde dos usuários e da melhor forma de satisfazê-las.

Essa maneira de entendimento do processo de acolhimento aproxima-se da definição de acolhimento como postura, elaborada por Silva Jr e Mascarenhas (2004), que o afirma como atitude da equipe de permanente compromisso em receber, escutar e cuidar de forma humanizada os usuários, incluindo suas condições sociais e seus coletivos de pertinência.

“Eu fiquei uns dois meses na fila de espera, a atendente me explicou de uma forma tão clara e educada que logo eu ia ser chamada, me pediu que eu tivesse um pouquinho de calma que ia dar tudo certo. [...] tinha uma terapeuta próxima escutando a conversa, aí ela também veio me explicar o motivo da espera, eu achei isso muito importante e saí dali com a certeza de que realmente eu iria ser chamada e realmente eu fui com menos de dois meses.” (GF05SU05)

A atenção, a informação, a gentileza de tratamento compõem marcas fundantes do acolhimento, embora a estes termos ele não se resume. O fato é que a sensibilidade da equipe às necessidades e às experiências históricas, tanto dos familiares como dos usuários, mesmo quando em espera, na saída, fora da situação específica de assistência. Aí pode ser identificada uma expressão de acolhimento-diálogo, de criação de vínculo compromissado, pela informação dos motivos de espera e da possibilidade contrata do retorno, como forma de solução de expectativa e diminuição de sofrimento, o que confirma a teoria de Merhy (1997).

Os discursos de alguns pais destacam ainda a humanização, que inclui acolhimento e construção de vínculos compromissados, como uma mudança positiva na dinâmica de trabalho do CIPC. Mas, em geral, percebe-se que essas falas apontam apenas na direção da humanização do acesso, mais precisamente da humanização da recepção, e não no contexto geral do cuidado, que vai da recepção à alta. A humanização é vista como etapa, como velamento, como distração.

“Os recepcionistas são tão educados, tratam agente tão bem, até parece que eles sabem da história de vida da gente, que sabem o quanto a gente anda para conseguir atendimento para os nossos filhos.[...] Eles esperam agente falar, mesmo não tendo vaga para um atendimento, eles escutam agente, eu já cheguei em alguns lugares com o meu filho que quando a atendente viu ele disse logo que não tinha atendimento nem esperou eu falar.” (GF04SU01)

A possibilidade de receber os usuários e seus familiares em uma sala, ouvir o que eles têm a dizer, oferecer as possibilidades disponíveis, mesmo que essas sejam restritas, aparece como fator desencadeador de uma relação respeitosa entre trabalhadores e usuários. O serviço passa a receber os usuários de uma forma, com mais espaço para o diálogo, e os usuários se sentem acolhidos, o

que diminui a ocorrência de conflitos e agressões, mesmo existindo ainda fila de espera e falta de vagas.

Compreende-se que humanizar as relações entre familiares dos usuários, usuários e profissionais, significa reconhecer os sujeitos como dotados de desejos, necessidades e direitos. Reconhecê-los como sujeitos significa comprometer-se com a satisfação de necessidades, entendendo a saúde como um direito, pela construção de acolhimento/vínculo e responsabilização.

Uma outra concepção de acolhimento, que permeia os discursos dos familiares dos usuários, durante o grupo focal e na observação do trabalho, é a de que o mesmo tem por objetivo dar resposta às necessidades dos usuários que não sejam clínicas e sim sociais e afetivas. A equipe do CIPC, partir da percepção dos usuários e seus familiares, demonstra ter a concepção de que o acolhimento pode ser apenas um momento na mecânica da interação clínica, com a finalidade específica de lidar com recomendações de tratamento, suavizando as dificuldades, a gravidade dos diagnósticos, a negatividade dos prognósticos.

A percepção de que os familiares dos usuários procuram o serviço procurando uma chance para falar de seus problemas e conseqüentemente ser ouvido é comum na prática do CIPC. No entanto, há uma diferença entre esse serviço e os demais. No CIPC existe um esquema mais estruturado para o atendimento dessa necessidade dos usuários. Pelo que pudemos observar, e foi dito no grupo focal, essa escuta no CIPC diferencia-se das demais unidades, pois o profissional não escuta o que o familiar do usuário diz com o entendimento que precisa apenas falar, como se a escuta fosse a resposta necessária. A partir dessa escuta, se a equipe achar necessário, um trabalho de acompanhamento é desencadeado. Os profissionais identificam necessidades de acompanhamento a esse familiar, assumem o acompanhamento ou encaminham para um outro profissional. O acolhimento no CIPC é estruturado com ações de escuta, averiguação das necessidades e responsabilização com o oferecimento de uma resposta a essas necessidades, diante dos familiares dos usuários e usuários.

Os pais de crianças portadoras de autismo e deficiência mental exercem um papel significativo na evolução de seus filhos. Normalmente as famílias, ao se depararem com um filho especial, apesar de aceitarem o fato, após algum tempo de elaboração, algumas delas interferem negativamente de forma consciente ou

inconsciente no desenvolvimento de seus filhos, os acharem indefesos, desamparados, particularmente vulneráveis.

O nascimento de um filho especial gera um impacto negativo na família, pois qualquer problema em um de seus integrantes afeta todos os outros e, nestes casos específicos, há um forte sentimento de fracasso, seja psicológico, seja social, seja genético. A família de uma criança com deficiência tem seus problemas intensificados pelos muitos pré-requisitos, necessidades e atitudes que lhe são impostos devido a deficiência. (ASSUMPÇÃO, 1993)

“Ninguém que ter um filho especial...” (GF04SU02);

“Quando eu descobri que meu filho era autista, fiquei desesperada, imaginava que iria ficar se batendo o tempo todo...” (GF05SU01);

“Quando agente descobre que o nosso filho é especial, agente procura atendimento para ele, mas o atendimento deveria ser para os dois, mãe e filho.” (GF05SU03)

“Na maioria dos lugares que agente anda não tem atendimento para os pais, não tem como, agente precisa muito, nós passamos por tantas coisas, agente sofre tanto e o atendimento ia nos ajudar muito.”(GF04SU02)

Durante a gestação, as mães se preparam para a chegada do filho. Esperam que o filho saudável e perfeito, diante da própria percepção, derivada de valores próprios, e diante das percepções e dos valores da sociedade. Segundo Kennell (1993) “O bebê é a culminação dos melhores esforços de seus pais e concretiza suas esperanças para o futuro”. Quando os pais percebem que seu filho tão desejado tem uma deficiência, podem aparecer sentimentos de culpa, por acharem que não foram suficientemente competentes para gerar uma criança normal.

Klaus e Kennell (1992) relatam que os pais experimentam cinco estágios emocionais: choque, negação, tristeza, cólera, equilíbrio e reorganização. Esses mesmos autores referem que a educação e o suporte familiar são intervenções necessárias para o bem-estar do filho e da família dos portadores de deficiência, a fim de que os mesmos não se fixem em algum dos momentos identificados.

Encontramos, participando no grupo focal, famílias em diferentes situações sociais, econômicas e culturais, com diversos padrões de reação e de adaptação, que mudaram ao longo do tempo e das condições experimentadas. Esta diversidade limita a generalização dos resultados da investigação, devendo a interpretação ser realizada com grande precaução.

Os pais dos usuários do CIPC relatam que o acompanhamento familiar é um elemento que auxilia na compreensão da própria dinâmica familiar, pois promove orientações e esclarecimentos acerca da capacidade de seus filhos, como também provoca um olhar crítico sobre suas vidas.

“Os profissionais, mesmo não sendo da área “psi”, devem abrir espaços para que os pais possam trazer suas dúvidas, frustrações e ansiedades, afim de que esses sentimentos sejam trabalhados e não os imobilizem. Ao mesmo tempo é necessário também fornecer a essas famílias, independente de sua condição sócio-econômica e cultural, informações precisas e atualizadas sobre a condição de seu filho, buscando com eles alternativas de atendimento e orientando-os nas situações-problema do dia a dia.” (GLAT e DUQUE, 2003:18)

A instituição avaliada trabalha na perspectiva de promover o acompanhamento sistemático em todas as modalidades de atendimento fazendo com que as famílias desenvolvam uma rede de assistência entre os pais e cuidadores.

Ao colocarem seus filhos na instituição, os pais entram em um grupo que tem como objetivo aprender a lidar com as interações sociais estigmatizantes, os cuidados intensivos, a falta de informação, os sentimentos negativos gerados pela perda da criança normal imaginada e também pela ausência de progresso em alguns momentos no desenvolvimento da criança.

De acordo com Esperidião (2001:03)...

“Atualmente é consensual que quando a família é apoiada e orientada tem condições de compartilhar seus problemas e pode ser percebida com a estrutura existente pra a desinstitucionalização e reinserção social do indivíduo.”

Neste sentido, é evidente que o retrato produzido pelos usuários e seus familiares, em relação ao CIPC, é bem melhor que aquele produzido pelos trabalhadores. Apesar de todas as dificuldades, há uma assistência acontecendo com alguma resolutividade, e esta é percebida por quem dela se beneficia.

6.2 ELEMENTOS PREJUDICADORES DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO: PERCEPÇÃO DOS PAIS DOS USUÁRIOS

Quadro 7 - Recortes significativos das falas dos participantes do grupo focal pais dos usuários em relação aos dois subtemas do 2º tema

Educação e saúde no processo de reabilitação	Devolutivas dos Atendimentos
“Eu acho que existe uma distância muito grande das ações da Saúde e da Educação, o que é uma pena, pois se essas ações fossem integradas eu acho que os nossos filhos poderiam ganhar mais.	“Uma coisa que podia melhorar aqui é a respeito da devolutiva dos atendimentos, eu acho que fica um pouco a desejar os profissionais deveriam chamar mais agente para conversar sobre os nossos filhos, uma vez por mês, por exemplo.”
“O que falta aqui é juntar mais os professores da equipe que atende na unidade de saúde eu acho que eles trabalham um pouco isolados, mas eu já observei que em todo canto que tem escolarização e saúde é assim.”	“Eu já fui conversar com a gestão a respeito de ter mais reuniões com os pais aí eles disseram que não tem como ter, eles precisam atender os nossos filhos. Eu acho pouco o número de vezes que somos chamados para conversar.”
“Eu acho que todo trabalho que uni educação e saúde só vem ajudar o tratamento dos nossos filhos. Os profissionais daqui dizem que existe uma relação forte mas eu e muitos pais já observamos que não existe isso não.”	“Existem pais que não gostam de ir atrás da evolução de seu filho, mas a equipe não pode tirar todos por esses, eu quero saber todos os avanços que meu filho teve como eu posso ajudar, eu entendo que são várias crianças para serem atendidas, mas eu não posso deixar de dizer que a falta de uma maior comunicação entre a equipe e os pais é um ponto fraco nos atendimentos.”
“Eu acho que até para se conseguir alguma coisa no governo ou prefeitura se essas duas áreas trabalhassem de forma mais unida era mais fácil conseguir alguma coisa, pois o tratamento com o médico, fono, psicologia é importante mais o acompanhamento em sala de aula é muito importante também.”	“A terapia que nós fazemos é para gente, eu não faço fonoaudiologia quem faz é meu filho então preciso saber como é a terapia, em que ele está evoluindo, como eu posso ajudar, eu acho que isso muda sempre então são necessários reuniões periódicas com a gente, para ta informando essas coisas.”
“As áreas da saúde e educação são fundamentais no atendimento de nossos filhos, meu filho não precisa somente do atendimento médico, ele precisa também estar em uma sala de aula, ele passa meia hora no atendimento de fono e quatro horas na sala de aula, eu já observei que quando o professor faz um trabalho junto com a fono meu filho se desenvolve mais.	“Eu espero muito tempo para ser chamada pelos setores eu acho que isso é uma falha, o atendimento aos pais, não a nossa terapia, mas o acompanhamento de nossos filhos também faz parte da terapia.

Fonte: Elaborado pela autora.

As áreas de Saúde e Educação são inseparáveis no atendimento às pessoas portadoras de deficiência. A articulação dessas áreas é fundamental para a promoção da qualidade de vida desses indivíduos.

O atendimento a pessoas com deficiência envolve profissionais de diferentes áreas. Esse atendimento, naturalmente multiprofissional, deveria focar a interdisciplinaridade, para a reconstrução competente dos objetos e das práticas. Mas, o que se observa é a fragmentação do cuidado, sua não integralidade, derivada da competição entre os profissionais, cada qual considerando sua área

mais importante que a dos outros, até quando atuam em um mesmo espaço institucional.

A presença de uma equipe multiprofissional, não garante que o trabalho ocorra de forma integral ou interdisciplinar. É necessário que os profissionais tracem estratégias de atendimento integral a partir de diferentes olhares e avaliações para que se estabeleça as prioridades terapêuticas e educacionais.

A falta de comunicação entre a Saúde e Educação é observada na formulação de políticas e ações governamentais que se mostram distantes. Percebe-se que esse distanciamento ocorreu ao longo da trajetória de atendimento dessas duas áreas, em todas as áreas, e aos portadores de deficiência, em particular.

As famílias verbalizaram ter uma grande confiança na instituição. No entanto, no grupo focal, observou-se que os familiares parecem não ter uma comunicação satisfatória com os profissionais do CIPC, tanto os da unidade de saúde como os da escola. Revelam que não existe intercâmbio entre a equipe de professores e os profissionais de saúde, o que dificulta a evolução de seus filhos.

“Eu converso sempre com os profissionais que atendem meu filho [...] as vezes o professor pede que eu tome uma determinada atitude com meu filho, aí vem o profissional da saúde e pede que eu faça uma coisa totalmente diferente.” (GF04SU04)

O afastamento das ações entre Saúde e Educação dificulta o modelo integrado de atendimento às pessoas portadoras de deficiência, pois aqui não basta a integração entre os trabalhadores de saúde e a integração entre os trabalhadores da educação, mas, sobretudo, a integração entre as duas equipes, num mesmo processo de trabalho. Nas políticas públicas voltadas ao atendimento de portadores de deficiência, a intervenção com equipes multiprofissionais de educação e saúde é contemplado em importantes documentos nacionais, destacando-se a Política Nacional de Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Lei 7853/89), Plano Nacional de Educação (Lei 1083/01) a Política de Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência no Sistema Único de Saúde-Planejamento e organização de Serviços (MS,1993). Porém, essa atuação integrada proposta pela legislação não ocorre na prática do cuidado, na situação concreta das instituições.

O grande desafio para os profissionais é sair dos meros gestos de identificação, diagnóstico e avaliação técnica, sempre na fronteira dos processos de

rotulação e estigmatização, para o campo do direito à educação e à saúde, realizando percurso que do técnico se avance ao político e ao ético, e realizando percurso que avance do consultório para a comunidade. Aí será possível o desenvolvimento de uma articulação entre os princípios da Educação Inclusiva com os princípios que regem a formação do Sistema Único de Saúde, centrados na universalidade, na equidade e na integralidade.

Nesse aspecto os profissionais de Saúde e Educação devem atuar juntos e juntamente com as famílias de seus usuários e alunos, a fim de promoverem orientações e esclarecimentos sobre as potencialidades das crianças em situação especial de desenvolvimento pessoal.

É importante lutar pelas políticas de atendimento as pessoas portadoras de deficiência, originadas da Saúde ou da Educação, para que se transformem em programas efetivos envolvendo a integração das esferas governamentais, a nível municipal, estadual e federal. Mais do que isto, que se encarnem na vida cotidiana das instituições de cuidado e na prática sensível dos trabalhadores.

Para Jannuzzi (2001:22),

“A educação é um problema complexo necessitando da infra-estrutura da Saúde desde os meios de prevenção no atendimento pré, inter e pós-natal; de saneamento básico, tratamento de doenças infecciosas etc; de urbanismo, desde os locais escolhidos para a criação de escolas; da Secretaria de Transporte, para o acesso ao atendimento básico; da Secretaria do Trabalho, porque não basta educar sem um futuro [...]; da Previdência Social, pois que sem meios de subsistência quem poderá estudar?

O intercâmbio entre as diversas áreas profissionais, principalmente entre Saúde e Educação, é o único caminho para o desenvolvimento de programas efetivos que proporcionem uma melhor qualidade de vida para as pessoas com deficiência.

Os sentimentos dos familiares em relação a seus filhos com deficiência constituem fatores relevantes para a adaptação e o bem-estar da família. Algumas mães relataram mágoa e até sofrimento em relação à falta de comunicação entre elas e os profissionais.

Contudo, o que se observa é que pais permanentemente cuidadores possuem a necessidade de terem informações constantes com relação ao processo de reabilitação de seus filhos. Há quase uma voracidade por estas informações. Mas, sabe-se que a devolutiva necessita de tempo de elaboração, e a equipe não

pode deixar de cuidar do usuário para atender à demanda ansiosa dos familiares. Talvez, os familiares apresentem uma demanda que não pode ser atendida, nos termos como é requerida.

O CIPC apresenta uma estrutura de comunicação com os familiares dos usuários que é satisfatória perante a observação do pesquisador, mas insatisfatória na perspectiva das famílias. Este encontro/desencontro precisa de mais habilidades incorporadas para que a crise comunicacional possa, minimamente, ser gerenciada.

6.3 A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS EM RELAÇÃO AO TRABALHO NO CIPC

Quadro 8 - Recortes significativos das falas dos participantes do grupo focal dos usuários em relação aos dois subtemas do 3º tema

Oficinas terapêuticas
“A melhor coisa daqui é a oficina, tu sabe que agente vai para ela, conversar muito, com a terapeuta faz um monte de coisa legal. [...] eu já aprendi muita coisa lá, as pessoas (terapeutas) parece que entendem agente, lá eu tenho coragem de contar meus problemas.”
“Eu já fui para vários lugares (centros de atendimento), mas nenhum era legal assim. [...] eu não tenho vergonha de nada na oficina, eu posso falar o que eu quero, os meus colegas gostam também, parece que aqui eu consigo resolver alguns problemas meus.”
“Quando eu vou para o atendimento individual eu não gosto muito, mas quando eu vou para a oficina terapêutica eu gosto, aqui tem várias terapeutas, agente faz tanta coisa, conversa tanto que quando acaba eu acho muito ruim.”
“A melhor parte do atendimento é o das oficinas, às vezes eu chego aqui com a cabeça muito cheia de fico um pouco agoniado não sei o acontece, aí quando eu entro na sala e começo a conversar com meus amigos e fazer as atividades eu fico bem.”
“Quando eu chego na oficina e não estou legal a terapeuta já sabe, aí ela vem e conversa pergunta se eu quero ficar ali, me chama para participar da atividade é o melhor momento aí eu vou melhorando, me ajuda muito, eu gosto de estar ali com os meus colegas conversando, rindo e fazendo coisas.”
“Tem vezes que minha mãe participa das oficinas eu acho muito bom quando isso acontece, ela conversa com meus amigos, ela vê como é minha vida eu acho que desde quando ela começou a participar, ela me entende mais, ela já entende a dificuldade que eu tenho de abraçar ela, não é porque eu não gosto é porque eu não consigo, mas só na oficina ela entendeu e viu que eu tenho mais dois amigos assim também.”

Fonte: Elaborado pela autora.

Tradicionalmente, a reabilitação, voltada para as oficinas terapêuticas, era compreendida como a restituição a um estado anterior ou à normalidade do convívio social ou de atividades profissionais. Atualmente, é considerada como o processo que facilita ao usuário com limitações a sua melhor reestruturação de autonomia.

O Ministério da Saúde define como oficinas terapêuticas [...] atividades grupais de socialização, expressão e inserção social através da Portaria 189 de 19/11/1991. Ao produzir uma oficina, deve-se ter em mente um espaço ou lugar de criação, expressão, produção, transformação, humanização, experimentação,

socialização e convivência, operando mudanças subjetivas na representação social das pessoas, na ordenação do dia-a-dia do indivíduo e na adesão ao tratamento.

Compreender os projetos singulares e o lugar das oficinas na produção de redes de trocas, nos territórios, e de laços sociais, na intervenção de projetos para a vida de seus participantes, permite um aprendizado e um exercício constante, norteando o cotidiano de novas práticas sociais em saúde mental. No contexto da reforma psiquiátrica, a terminologia oficinas terapêuticas tem se firmado a partir da década de 1990, designando um conjunto de práticas diversas desenvolvidas nos novos serviços de atendimento a portadores de transtorno mental, deficiência mental e autismo, particularmente.

Rauter (2000:21) define oficina terapêutica na proposta da reforma psiquiátrica.

“As oficinas, o trabalho e a arte possam funcionar como catalizadores da construção de territórios existenciais (inserir ou reinserir socialmente os usuários, torná-los cidadãos), ou de mundos nos quais os usuários possam reconquistar ou conquistar seu cotidiano... de cresse que está se falando não de adaptação á ordem estabelecida, mas de fazer com que o trabalho e arte se reconectem com o primado da criação, ou com o desejo ou plano de produção de vida.”

A experiência do trabalho das oficinas torna-se positiva quando uma de suas funções é também o de intervir no campo da cidadania. Assim, atuando no âmbito social, contribui como possibilidade de transformação da realidade atual no que diz respeito ao tratamento em atenção psicossocial.

A oficina terapêutica constitui hoje, uma ferramenta importante na clínica de atenção psicossocial e, por não estar totalmente atrelada aos paradigmas técnicos e, não ser um modelo homogêneo de intervenção, é atualmente um instrumento que comporta inúmeras invenções.

No CIPC os usuários colocam as oficinas como um momento de maior satisfação e prazer, relatando um sentimento de produtividade.

“O que eu mais gosto de fazer é ir para oficina terapêutica.” (GF03SU01);

“O melhor daqui é a oficina, lá agente conversa sobre muitas coisas, com muitos colegas.” (GF02SU04)

No espaço das oficinas do CIPC estão envolvidos profissionais de diversas áreas – Psicologia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social – que, infelizmente, tiveram formações separadas, apartadas teórica e praticamente,

não seguindo uma corrente teórica específica. De positivo, observa-se uma sensibilidade espontânea, uma disponibilidade para o cuidado e o compromisso de propiciar aos usuários uma variada gama de experimentações sociais, assim possibilitando ricas oportunidades de ser e de estar no mundo.

No entanto, as oficinas localizam-se num campo móvel, instável e sem identidade, pois são feitas de experimentações múltiplas e abertas à interseção com vários campos e saberes, sem projeto político-ideológico afinado, sem construção epistemológica consensuada. O que se deve garantir a elas é um espaço menos restrito, como o de uma especialidade em atenção psicossocial, criando uma cultura de intervenções respaldadas nas experiências e críticas em relação aos paradigmas dominantes, hegemônicos, como o da clínica clássica, focada na doença e interventiva, de modo normalizador.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atendimento às pessoas com deficiência mental e autismo, na contemporaneidade, apresenta pelo menos dois momentos distintos: o primeiro, caracterizado por compreender tais condições sob a ótica da tutela, de apenas tomar de conta para evitar maiores danos; o segundo, caracterizado por enfrentar tais condições de modo psicossocial integral, contextualizando e produzindo condições de superação ou convivência crítica, focada no cuidado cidadão.

A institucionalização do SUS, da Reforma Psiquiátrica e da Política de Humanização em Saúde e da Política de Assistência Social traz novos princípios, novas diretrizes, novos métodos, novos dispositivos de sistemas e serviços de cuidado, inclusive para as pessoas portadoras de deficiência mental e de autismo. As idéias-força são: universalidade, equidade, integração dos dispositivos de cuidado e integralidade do cuidado.

A etapa mais recente deste processo de transformação da atenção, da clínica clássica à psicossocial comunitária, está organizada por meio da Portaria 1635/GM, do Ministério da Saúde, a qual orienta os serviços e estabelece os requisitos mínimos para o desenvolvimento das atividades de cada unidade de atenção. Como referência fundamental do cuidado, tem-se, no caso de Fortaleza, o CIPC, serviço que transita de atividades organizadas em um conjunto de terapias individuais, para o novo modelo, mas, se realizou alterações em sua estrutura física e no quantitativo dos recursos humanos, ainda não completou o percurso para a implantação de uma prática culturalmente novo, capaz de conceber a pessoa portadora de deficiência mental e de autismo como cidadão, e daí agir de modo conseqüente.

A descrição da organização e do processo de trabalho dos profissionais que atuam na instituição eleita para análise foi realizado, com a indicação de um modelo alternativo a ser implantado e a construção de um mapa de elementos facilitadores e prejudicadores à integralidade do cuidado.

1) Os trabalhadores:

- a) Em relação à infra-estrutura, mesmo melhorada pela reforma anterior, a situação é insuficiente e ainda inadequada;
- b) Quanto ao processo de trabalho, o mesmo é percebido como fragmentado, sem referência e contra-referência interna e externa, sem

construção de projeto terapêutico individualizado e que contemple a integralidade do cuidado, mas já existe a vontade de superar esta situação, embora falte habilidade treinada e condições para o novo modelo de atenção;

- c) Os trabalhadores defendem a complementaridade oferecida pela iniciativa privada e o terceiro setor ao SUS, descentralizando o cuidado, e praticam as formas clássicas de clínica, centradas na doença, na tutela técnica e no manejo de sintomas, mas já são capazes de conceber a lógica da clínica psicossocial comunitária, centrada na pessoa e responsável por um cuidado integral;
- d) O trabalho em equipe, multiprofissional, com cada trabalhador executando parte especializada do processo, com reuniões eventuais para fins administrativos, é descrito pelos profissionais como necessitando de superação, pois, se o processo de trabalho muda, a lógica de organização dos trabalhadores precisa mudar, no sentido de procedimentos pactuados, de incorporação do método da interdisciplinaridade, da grupalidade, das rodas de conversa, do protagonismo cidadão do trabalhador;
- e) A prestação de serviço feita pelo CIPC, na prática, é experimentada como muito isolada, parte de um sistema inorgânico, e não de uma rede orgânica, com as decisões sempre sendo tomadas fora do serviço, mas paradoxalmente, os trabalhadores percebem o serviço como autônomo e com a capacidade de decisão interiorizada no serviço;
- f) Em relação à gestão, os trabalhadores se sentem percebidos como peças operativas e elementos de produção, não respeitados em seu saber próprio e não cuidados como pessoas, cuja principal ferramenta de trabalho é a própria sensibilidade, daí grandes desgastes afetivos que se somam a um sentimento geral de insatisfação;
- g) Práticas inovadoras, criativas, são colocadas como estratégicas para a integralidade do cuidado e para a integração das unidades de cuidado, mas percebidas como vaga intenção, distantes deles, devido à ausência de protagonismo dos próprios trabalhadores e de facilidades

oriundas da gestão, esta última prisioneira das formas de pagamento do SUS, centradas na produção de procedimentos;

- h) Como consequência das visões anteriores, evidencia-se que intersectorialidade, interdisciplinaridade e integralidade ainda são princípios, generosos, mas vagos, não viabilizados e não viáveis;
- i) Os trabalhadores têm uma percepção mais negativa do próprio trabalho e das consequências deste trabalho na vida dos usuários e de seus familiares, o que desdobra um paradoxo interessante, o de que as insatisfações derivadas do processo e das condições de trabalho não estão permitindo visualizar o bem que eventualmente estão promovendo na vida dos usuários e seus familiares.

2) Os usuários e seus familiares.

- a) Os usuários e seus familiares entendem vínculo como ferramenta fundamental ao processo de cuidado e acolhimento como condição para a boa construção de vínculo, mas concebem vínculo como capacidade técnica de examinar e prescrever, e concebem acolhimento como recepção e gentileza no trato interpessoal, perdendo a dimensão do acolhimento como competência técnica, compromisso político e responsabilidade ética que permeia o cuidado da recepção à alta;
- b) Embora, a princípio, a presença dos familiares seja condição obrigatória para a permanência do usuário no serviço, eles estabelecem vínculos com os demais familiares, aprendem a lidar com as crianças e com as próprias frustrações, e terminam por oferecer um significado bastante positivo à presença compulsória deles no serviço;
- c) Os familiares percebem como completamente apartadas as instituições de saúde e as instituições de educação, na dinâmica do cuidado com pessoas portadoras de deficiência mental e de autismo, embora estas situações de vida não possam ser tratadas a não ser de modo psicopedagógico, o que configura um grande dificultador aos processos comunitários de cuidado;
- d) Os trabalhadores oferecem devolutivas, informações, explicações, mas os familiares, sobretudo os familiares de portadores de deficiência mental, exigem uma comunicação permanente, na fronteira da

voracidade, que não consegue ser suprida pelos profissionais, com seus tempos sobrecarregados, sobretudo careceriam de atenção própria a uma angústia expressa em preocupação compulsiva;

- e) O ponto de maior interesse, de maior agregação de valor, na percepção dos usuários e de seus familiares, é o momento de participação nas oficinas terapêuticas, pelo funcionamento coletivo, pela prática corporal e pela dimensão lúdica, mas as mesmas não parecem ser o centro de produção teórica por parte dos trabalhadores e não são concebidas de modo interdisciplinar, apenas multiprofissional.

3) Recomendações.

- a) Fica evidente a necessidade de definição de um território de cobertura e de aplicação plena da Portaria 1635/GM, responsabilidade máxima da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza;
- b) O CIPC precisa ser libertado da lógica de pagamento por procedimento, avançando para contrato de gestão que enfatize a produção de qualidade e permita significativa melhora da remuneração dos profissionais;
- c) A equipe de profissionais, multiprofissional, não treinada para a interdisciplinaridade, realizando trabalho exigente de sensibilidade apurada, de tenacidade para enfrentar frustrações e de habilidade para a construção adequada de vínculos, precisa ser cuidada, e uma das mais importantes ferramentas do cuidado a equipe é a supervisão institucional, de cuja falta o CIPC se ressente;
- d) O CIPC exercita suas funções, por atribuição do SUS, mas de modo espontaneista, baseado na suposta competência técnica dos profissionais, dada por suas formações acadêmicas, e não dispõe de Plano de Gestão, de Plano de Desenvolvimento Institucional e de Política de Atenção Psicossocial, focada em projeto terapêutico individual e coletivo;
- e) O CIPC necessita desenvolver projeto de educação permanente em saúde, que incorpore o desenvolvimento das habilidades preconizadas pela PNH (técnica, comunicacional, relacional e política) e permita

superar o paradigma da clínica clássica em prol da atenção psicossocial comunitária;

- f) A supervisão institucional e o projeto de educação permanente devem focar o trabalho interdisciplinar, a grupalidade e a co-gestão, para que o novo modelo seja implantado concretamente, modelo este desejado pelos trabalhadores, intuído pelos familiares dos usuários, definido no texto das políticas e cientificamente recomendado;
- g) Pensando as diretrizes do acolhimento e do vínculo, o CIPC pode evoluir pela implantação de um Grupo de Trabalho de Humanização-GTH, como preconizado pela PNH.

REFERÊNCIAS

AMARAL, L.A. **Conhecendo a deficiência (em companhia de Hércules)**. São Paulo: Robel, 1995.

AMARANTE, P.A. **Clínica e a Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Nau, 2003.

ARANHA, M.S.F. Integração social do deficiente: análise conceitual e metodológica. **Temas em Psicologia**, São Paulo, n.2, 1995.

ASSUMPÇÃO JÚNIOR, F.B; SPROVIERI, M.H. **A deficiência mental, família e sexualidade**. São Paulo: Memnon, 1993.

_____. Ministério da Educação. **Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília: MEC, SEESP, 1999.

_____. Ministério da Educação. Plano Nacional de Educação. **Lei nº10.172/01, 2000**. Brasília: MEC, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de Atenção a Grupos Especiais. **Política de Atenção à pessoas portadora de deficiência n Sistema Único de Saúde-planejamento e organização de serviços**. Brasília: MS, 1993.

_____. **Portaria n.3.214**. Aprova Normas Regulamentadoras-NR, de 08 de junho de 1978. Disponível em: <<http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/1978/default.asp>>. Acesso em: 19 ago. 2008.

_____. **Portaria n.3.751**. Altera a norma regulamentadora n.17-Ergonomia, de 23 de novembro de 1990. Disponível em: <<http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/1990/p199011233751.asp>>. Acesso em: 19 ago.2008.

BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem**. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

BLANCHÉ, R. **História da lógica de Aristóteles e Berfrand Russel**. Lisboa: Edição 70, 1985.

BLEGER, J. **Psico-higiene e psicologia institucional**. São Paulo: Artes Médicas, 1984.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**: proposta para consulta pública, de 29 de dezembro de 2004. Disponível em: <<http://www.mte.gov.br/segsau/propostaconsultapublica.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2008.

CAMPOS, C.M.S.; SOARES, C.B. A Produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v.8 n.2, 2003.

- CAMPOS,G.W.S. **Subjetividade e administração de pessoal**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- CAMPOS,G.W.S.**A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- CARDOSO, P. R. **As classes sociais e as desigualdades**. São Paulo: Atual, 2004.
- COSTA-ROSA, A.**O Modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2000.
- EGRY, E.Y. **Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem**. São Paulo: Ícone, 1996.
- ELIAS,P. **Saúde no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1996.
- ESPELETA, J. Notas sobre pesquisa participante e construção teórica. In: ESPELETA, J; ROCKWELL, E. **Pesquisa participante**. São Paulo: Cortez, 1986.
- _____.**Estudo descritivo da aplicação do paradigma da Associação Americana de Retardo Mental na comunidade de Barro Branco**. 2000. 159 f. Tese (Doutorado em Ciências na Área de Saúde da Criança e da Mulher) - Fundação Oswaldo Cruz, 2000.
- FERNANDES, E.M. “Educação para todos- Saúde para todos”: a urgência da adoção de um paradigma multidisciplinar nas políticas públicas de atenção à pessoas portadoras de deficiência. **Revista do Benjamin Constant**, [S.I.], v.5, n.14,1999.
- FOUCAUT,M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1993.
- GALVÊAS, E. C. **Os princípios da dialética aplicadas a praticas educativas**. São Paulo: Maxpages, 2005. Disponível em:< http://maxpages.com/elias/dialeticanapraxis_educativa>. Acesso em: abr. 2008.
- GARCIA,T.R.**Cuidando de adolescentes grávidas**. 1996. 115 f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, 1996.
- GIDDENS, A. **As Conseqüências da Modernidade**. São Paulo: UNSP, 1991.
- GIOVANELLA, L; LOBATO, L; CARVALHO, A.L; CONNIL,E.M; CUNHA,E.M. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde Debate**, [S.I.], n.26, 2002.
- GLAT, R;DUQUE,M.A.T. **Convivendo com o filho especial: o olhar paterno**. Rio e Janeiro: Sette Letras, 2003.
- GOFFMANN, E. **Asylums**. Chicago, Illinois: Aldine Publihing Company, 1998.
- INOJOSA, R.M. Intersectorialidade e rede de compromisso social na metrópole paulista. In: MENDES, A; SOUZA, M.F. (Coord). **Tempos radicais da saúde em**

São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira. São Paulo: Hucitec, 2003

JANNUZZI, G.S.M. O direito público à educação especial. **Revista de Educação da PUC**, Campinas, n.11, 2001.

KANNER, L et AL. **A History of the care and study of the mentally retarded**. Springfield, Illinois: Charles C. Tomas Publisher, 1964.

KINOSHITA, R.T. Em busca da cidadania. In: CAMPOS, F.C.B; HENRIQUE, C.M.P. (Orgs). **Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos**. Santos: Editora Página Aberta, 1996.

KONDER, L. **O que é dialética?**. São Paulo: Brasiliense, 2004. (Coleção primeiros passos).

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2.ed. Florianópolis: Revista Atual, 2002.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagem qualitativa**. São Paulo: EPU, 1986.

_____. **Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003.

_____. **A organização de saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998.

_____. MAGALHÃES, H.M; FRANCO, T.B; BUENO, W.S. **O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MATTOS, R.A. **Os Sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos**. In: _____. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.

MENDES, E.V. **A atenção primária a saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, R.B. **Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades**. São Paulo: Cefor-Série, 1996. (Cadernos Cefor-Série Textos 1).

MERHY, E.E. **Crise no modo de se produzir saúde: uma discussão do modelo assistencial e o trabalho médico no Brasil**. São Paulo: MIMEO, 1997.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: RJ: Vozes, 1996.

MOURA, M.L.S. e RIBAS, A.F.P. Desenvolvimento e contexto sociocultural: a gênese da atividade mediada nas interações mãe-bebê. **Revista Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v.13, n.2, 2000.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **O manifesto por uma cultura de paz e não violência**. São Paulo: Unesco 2000. Disponível em: <http://www.Unesco.Org.Br/noticia/revista_ant/noticias>. Acesso em: 20 mar. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação internacional de doenças**. 9.ed. São Paulo: OMS, 1993.

ORLANDI, P. E. **Análise de discurso, princípios e procedimentos**. 2.ed. Campinas,SP: Pontes, 2000.

PESSOTI, I. **Deficiência Mental: da subjetividade à ciência**. São Paulo: T.A. Queiroz, 1984.

PINHEIRO, R. **Integralidade e práticas de saúde: transformação e inovação na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS**. São Paulo: Boletim ABEM, 2003.

PINTO, A. V. **Fundamentos sociais da consciência do pesquisador**. São Paulo: Geocities, 1979. Disponível em: <<http://www.Geocities.yahoo.com.br/rogelsamuel/vpinto>>. Acesso em: 20 abr. 2005.

PITTA, A.M.F. Qualidade de vida de clientes de serviços de saúde mental. **Revista de Psiquiatria Clínica**, [S.l.], n.26,1996.

RÚDIO, V. F. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 20.ed. Petrópolis,RJ: Vozes, 1996.

SAMPAIO, J,J.C. **Epidemiologia da imprecisão: processo saúde/doença como objeto da epidemiologia**. Rio de Janeiro: Fiocruz,1998.

SARACENO, C. **Sociologia da família.**, Lisboa: Estampa, 1999.

SILVA JR, A.G.; MASCARENHAS, M.T.M. **Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.

_____. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, [S.l.], v.39, n.3, 2005.

TEIXEIRA, R.R.**O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003.

TEIXEIRA,R. **O acolhimento num serviço de saúde como entendimento como uma rede de conversação**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro: Abrasco, 2003.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 2000.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológico, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003

VICTÓRIA, G. E; KNAUTH, R.D; HASSEN, A.N.M. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo, 2000.

VIDAL, Z.C. O caso de estudo. **Annaes de Enfermagem**, [S.l.], n.5, p.28-30, 1934.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Perguntas Norteadoras do Grupo Focal dos Profissionais

Perguntas Norteadoras do Grupo Focal dos profissionais

1. Avaliando nosso espaço físico, o número de profissionais bem como o período de implantação dessa estrutura de atenção psicossocial, como vocês avaliam o nível de organização e encaminhamento de usuários para os atendimentos.
2. Sabendo que a nossa clientela é bem diversificada como vocês percebem a integração dos usuários e familiares dos usuários no espaço da reabilitação.
3. Um dos princípios que regem o SUS é o da integralidade, qual a percepção que vocês tem sobre este princípio inserido em centro de atenção psicossocial.
4. No CIPC vocês identificam elementos que prejudicam a integralidade do cuidado.
5. Quais os elementos facilitadores da integralidade do cuidado no CIPC.

APÊNDICE B - Perguntas Norteadoras do Grupo Focal dos Pais

Perguntas Norteadoras do Grupo focal dos pais

1. Como vocês são atendidos no centro (tempo de espera, condições do ambiente, satisfação, entre outros) pela equipe de trabalho.
2. Fale sobre os serviços ofertados no centro, número de vagas, tipo de atendimento, consultas agendadas ou não, critério de marcação.
3. Como se dá a sua relação com a equipe de trabalho.
4. fale como a equipe atende as suas necessidades e como vocês participam da elaboração de decisões para definir prioridades e/ou necessidades em relação aos serviços prestados no Centro.
5. Quais os pontos dificultadores e facilitadores em relação a atenção e o cuidado de seus filhos.

APÊNDICE C - Protocolo de Observação

Protocolo de Observação

1. Organização da prática em atenção psicossocial
 - Responsáveis pela recepção do usuário;
 - Acomodação das pessoas durante a espera;
 - Acolhida dos usuários;
 - Tipo e adequação das informações sobre as atividades desenvolvidas pela equipe(cronogramas, fluxogramas, cartazes, mapas, relatórios);
 - Critério utilizado para consulta (ordem de chegada, marcação, idade, sexo);
 - Critério para consulta subsequente;
 - Condições dos consultórios;
 - Horário e chegada da equipe;
 - Número de consultas por turno;
 - Tempo médio por consulta;
 - Vínculo da equipe com a comunidade;
2. Atividade educativa (clientela, tipo de atividade, critérios para os temas abordados, número de atividades educativas, planejamento das atividades, locais onde são desenvolvidas);
3. Critério para realização de um procedimento clínico (necessidade do usuário, vontade do usuário, vontade do profissional, de acordo com o material disponível);
4. Abordagem dispensada pela equipe aos usuários no momento do atendimento. Há respeito aos seus desejos, respostas para suas dúvidas, valorização dos saberes do outro, esclarecimento sobre o procedimento a ser realizado?
5. Participação da comunidade no planejamento das atividades (marcação, critérios de consulta, número de procedimentos, critérios de prioridades);
6. Relação dialógica e pedagógica profissional e usuário (o exercício da fala, da compreensão, de respeito, compromisso);
7. Resolutividade da equipe frente aos problemas individuais e coletivos;
8. Integralidade na assistência aos usuários;
9. Responsabilidade da equipe e do usuário com o processo terapêutico;
10. Reuniões de planejamento de atividades conjuntas e outras observações.

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Diretora do Centro de Integração Psicossocial do Ceará

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para diretora do Centro de Integração Psicossocial do Ceará

De : Ana Claudia Queiroz Bonfim
Para: Diretora da Instituição Pesquisada
Assunto: Solicitação de pesquisa

Sra. Diretora

Sou mestranda do Curso de Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará e estou desenvolvendo um projeto de dissertação intitulado “A Integralidade na Atenção Psicossocial ao Autista e ao Deficiente Mental”. O presente estudo objetiva compreender a dinâmica de trabalho em serviço de atenção psicossocial aos portadores de deficiência mental e autismo, com destaque para relação necessária entre profissionais, familiares e usuários na construção da integralidade do cuidado. Procedimentos utilizados: pesquisa descritiva de natureza qualitativa exploratória, sob forma de estudo de caso a partir de uma pesquisa crítica e para melhor compreensão acerca do assunto utilizará como estratégia o estudo de caso com uma perspectiva descritiva analítica. E como instrumento de coleta de dados utilizaremos: grupo focal, questionário, observação simples e diário de campo. E para analisar o material coletado, utilizaremos a análise de discurso. Riscos esperados: A pesquisa não oferece riscos aos participantes. Os participantes da pesquisa terão acesso às informações, liberdade para desistir a qualquer momento da pesquisa como também serão respeitados quanto ao sigilo e confiabilidade das informações e identificações. Em nenhum momento serão lesados financeiramente. As informações coletadas no decorrer do estudo somente serão utilizadas para os propósitos da pesquisa. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, específico para se assinado pelo entrevistado e submetido a apreciação do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

Nome do Diretor:
Assinatura:
Data:

Nome do Pesquisador:
Assinatura:
Data:

APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre Esclarecido para os Profissionais que Trabalham no Serviço

Termo de Consentimento Livre Esclarecido para os profissionais que trabalham no serviço

Você, profissional que trabalha no Centro de Integração Psicossocial do Ceará, e que está incluído no critério de inclusão da pesquisa. Venho convidá-lo (a), a participar da pesquisa sobre: A integralidade na atenção psicossocial ao Autista e ao Deficiente Mental. Diante do exposto, o objetivo desta pesquisa é: Compreender a dinâmica de trabalho em serviço de atenção psicossocial aos portadores de deficiência mental e autismo, com destaque para a relação necessária entre profissionais, familiares e usuários na construção da integralidade do cuidado. Procedimentos utilizados: Pesquisa descritiva de natureza qualitativa exploratória, sob forma de estudo de caso a partir de uma perspectiva crítica e para melhor compreensão acerca do assunto utilizará como estratégia o estudo de caso com uma perspectiva descritiva analítica. E como instrumento de coleta de dados utilizaremos: grupo foca, questionário, observação simples e diário de campo. E para analisar o material coletado, utilizaremos à análise de discurso. Riscos esperados: A pesquisa não oferece riscos aos participantes. Os participantes da pesquisa terão acesso às informações, liberdade para desistir a qualquer momento a participar da pesquisa como também serão respeitados quanto ao sigilo e confidencialidade das informações e identificações. Em nenhum momento serão lesados financeiramente. As informações coletadas no decorrer do estudo somente serão utilizadas para os propósitos da pesquisa. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, específico para ser assinado pelo entrevistado e submetido à apreciação do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará-UECE. Declaro que fui informado(a) sobre o assunto acima resumido e que tive respostas para minhas dúvidas. Desta forma, concordo em participar deste projeto de pesquisa.

Nome do convidado(a):

Assinatura

Data:

Nome do pesquisador:

Assinatura do pesquisador:

Data:

(1ª via para o sujeito da pesquisa e 2ª via para arquivo da pesquisadora)

APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre Esclarecido para os Familiares dos Usuários

Termo de Consentimento Livre Esclarecido para os familiares dos usuários

Você, familiar do usuário que está sendo acompanhado pelo Centro de Integração Psicossocial do Ceará, e que está incluído no critério de inclusão da pesquisa que é ser pai do usuário que participará do estudo. Venho convidá-lo (a), a participar da pesquisa sobre: A integralidade na atenção psicossocial ao Autista e ao Deficiente Mental. Diante do exposto, o objetivo desta pesquisa é: Compreender a dinâmica de trabalho em serviço de atenção psicossocial aos portadores de deficiência mental e autismo, com destaque para a relação necessária entre profissionais, familiares e usuários na construção da integralidade do cuidado. Procedimentos utilizados: Pesquisa descritiva de natureza qualitativa exploratória, sob forma de estudo de caso a partir de uma perspectiva crítica e para melhor compreensão acerca do assunto utilizará como estratégia o estudo de caso com uma perspectiva descritiva crítica. E como instrumento de coleta de dados utilizaremos: grupo focal, questionário, observação simples e diário de campo. E para analisar o material coletado, utilizaremos à análise de discurso. Riscos esperados: A pesquisa não oferece riscos aos participantes. Os participantes da pesquisa terão acesso às informações, liberdade para desistir a qualquer momento a participar da pesquisa como também serão respeitados quanto ao sigilo e confidencialidade das informações e identificações. Em nenhum momento serão lesados financeiramente. As informações coletadas no decorrer do estudo somente serão utilizadas para os propósitos da pesquisa. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, específico para ser assinado pelo entrevistado e submetido à apreciação do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará-UECE.

Declaro que fui informado(a) sobre o assunto acima resumido e que tive respostas para minhas dúvidas. Desta forma, concordo em participar deste projeto de pesquisa.

Nome do convidado(a):

Assinatura

Familiar (a):

Data:

Nome do pesquisador:

Assinatura do pesquisador:

Data:

(1ª via para o sujeito da pesquisa e 2ª via para arquivo da pesquisador)

APÊNDICE G - Termo de Consentimento Livre Esclarecido para os Usuários da Pesquisa

Termo de Consentimento Livre Esclarecido para os usuários da pesquisa

Você, usuário que está sendo acompanhado pelo Centro de Integração Psicossocial do Ceará. Venho convidá-lo, a participar da pesquisa que tem como objetivo: Compreender a dinâmica de trabalho em serviço de atenção psicossocial aos portadores de deficiência mental e autismo, com destaque para a relação necessária entre profissionais, familiares e usuários na construção da integralidade do cuidado. Procedimentos utilizados: Pesquisa descritiva de natureza qualitativa exploratória sob forma de estudo de caso a partir de uma perspectiva crítica e para melhor compreensão acerca do assunto utilizará como estratégia o estudo de caso com uma perspectiva descritiva crítica. E como instrumento de coleta de dados utilizaremos: grupo foca, questionário, observação simples e diário de campo. E para analisar o material coletado, utilizaremos à análise de discurso. Riscos esperados: A pesquisa não oferece riscos aos participantes. Os participantes da pesquisa terão acesso às informações, liberdade para desistir a qualquer momento a participar da pesquisa como também serão respeitados quanto ao sigilo e confidencialidade das informações e identificações. Em nenhum momento serão lesados financeiramente. As informações coletadas no decorrer do estudo somente serão utilizadas para os propósitos da pesquisa. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, específico para ser assinado pelo entrevistado e submetido à apreciação do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará-UECE. Qualquer duvida entrar em contato com: Declaro que fui informado(a) sobre o assunto acima resumido e que tive respostas para minhas dúvidas. Desta forma, concordo em participar deste projeto de pesquisa.

Nome do Usuário(a):

Assinatura:

Familiar responsável:

Data:

Nome do pesquisador:

Assinatura do pesquisador:

Data:

(1ª via para o sujeito da pesquisa e 2ª via para arquivo da pesquisadora)