REGINA BICHAFF

**O trabalho nos centros de atenção psicossocial:
uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a
consolidação da Reforma Psiquiátrica**

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação da Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Mestre.**

**Área de concentração: Enfermagem
Psiquiátrica**

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sônia Barros

São Paulo

2006

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Bichaff, Regina.

O trabalho nos centros de atenção psicossocial: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. / Regina Bichaff. – São Paulo: R. Bichaff, 2006.
217 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Sônia Barros

1. Saúde mental 2. Reforma dos serviços de saúde 3. Serviços comunitários de saúde mental. I. Título.

Para Oiram, Pedro e Caio

Meus amores

Por todo apoio, compreensão e tolerância

Agradecimentos

À Prof.^a Sônia Barros, por ter acolhido meu projeto e pela disponibilidade na orientação.

À Prof.^a Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca e Prof.^a Ana Luisa Aranha e Silva, pelas contribuições no Exame de Qualificação.

À Prof.^a Emiko Yoshikawa Egry, na qual reconheço as docentes do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, por me apresentar a Saúde Coletiva como uma nova perspectiva.

À Prof.^a Marina Peduzzi, pelo aprendizado sobre processos de trabalho.

À Márcia Traldi e Adriana Leão, companheiras neste percurso de formação.

À Miriam Aparecida Herrera Fernandes e Paulo Octávio da Silva Guimarães, pela acolhida do projeto na instituição e a autorização da pesquisa.

Aos trabalhadores do CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira, em especial, Adauto da Rosa Faria Junior, Ângela da Conceição Hermógenes, Claudiane Salles Dattio, Denise Lew, Denise Moura Freitas, Elisabete Soares Rodrigues, Fabiana Lo Bello, Janete Lourdes Kunko, Júlia Catunda, Lenita Zambotti, Manoel Camilo Calderaro Palandri, Márcia Pompermayer, Márcio de Deus Vieira Borges, Marcus Vinícius Cardeal, Maria Rita L.D.F. Zanni, Marina Odebrecht Rosa, René Rogério Pereira, Roberto Mac Fadden, Rodrigo Fonseca Martins Leite, Rosângela Pereira da Fonseca, Vladimir de Freitas Junior, por me permitirem o acesso a seus discursos, independente de nossos eventuais conflitos e antagonismos.

À Sandra Fischetti, amiga e companheira, pela oportunidade de caminharmos juntas, pelo aprendizado, carinho e cuidado.

À Dalva Soares Bolognini e Ronaldo Fernandes da Silva, muito queridos, pelas contribuições informais e informáticas.

Aos amigos especiais Karen Ribeiro, Maria Emília dos Santos, Fátima Bueno, Emiron Reis, Nerse Repasch e Inês Donizeti, pelo apoio e carinho constantes.

Às equipes do Projeto Tear e do CAPS Campos de Jordão, com as quais tenho tido oportunidade de trabalhar, compartilhar projetos transformadores e aprender, sempre.

Aos usuários e familiares do CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira e de todos os outros serviços de saúde mental, sem os quais tudo isto perderia o sentido.

RESUMO

Bichaff R. O trabalho nos centros de atenção psicossocial: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da Reforma Psiquiátrica [Dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2006.

Este estudo elegeu como objeto de investigação as práticas de trabalho da equipe multiprofissional de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), tomando como referência o atual contexto de desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Foram traçados como objetivos a caracterização do perfil profissional dos trabalhadores, a identificação das concepções teóricas que orientam suas práticas e a análise de suas ações mediadas pelo saber-fazer, em relação às diretrizes estabelecidas pelas políticas públicas para a área de saúde mental e, em especial, para os serviços CAPS. A fundamentação teórico-metodológica utilizada foi o materialismo histórico e dialético que compreende a realidade social, os conhecimentos humanos e as práticas de trabalho como historicamente determinadas, e as contradições como necessárias aos processos de transformação e construção de novas formas de relação social. Os sujeitos da pesquisa foram profissionais com formação de 3.º grau e utilizou-se a entrevista semi-estruturada como técnica para a coleta dos dados e a hermenêutica-dialética como estratégia de apreensão da realidade. Os trabalhadores apresentaram um percurso de formação profissional tradicional e a análise do material empírico permitiu visualizar que suas ações são norteadas, fundamentalmente, por concepções coerentes com o modelo hegemônico, em que há uma dicotomia entre saúde e doença mental, cujo objeto de trabalho é o indivíduo e sua doença, desvinculado do significado social atribuído à sua condição. A análise mostrou também que as relações entre o saber e o fazer apresentam coerência, em se tratando de intervenções tradicionais, resultando em práticas voltadas aos usuários do serviço e no interior da instituição. As ações que estariam dirigidas ao contexto concreto de vida desses usuários, além de pouco representativas, não encontram embasamento teórico nos saberes revelados e estariam fundamentadas no conhecimento advindo da própria prática e do senso comum. Desse modo, a representação dos trabalhadores, sobre o modelo de atenção CAPS, traduz as dificuldades encontradas à consolidação de um serviço substitutivo para as internações psiquiátricas e a um serviço articulado junto aos recursos territoriais, configurando-se, portanto, para a equipe em um problema da política de saúde mental, da qual eles não se vêem como atores. O estudo evidenciou a necessidade de revisão dos processos de trabalho da equipe, para possibilitar a construção de novos saberes, instrumentos e práticas, bem como o envolvimento dos trabalhadores enquanto atores sociais da Reforma.

Palavras-chave: Saúde mental; Reforma Psiquiátrica; Serviços comunitários de saúde mental; Processo de trabalho; Qualificação profissional (Equipe multidisciplinar).

ABSTRACT

Bichaff R. The work in psychosocial attention centers: a critical reflection of the practice and its contributions for the consolidation of the Psychiatric Reform [Dissertation]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2006.

This study elected as objective of investigation the practices of work of the multiprofessional staff of a Psychosocial Attention Center (CAPS), using the current context of the Psychiatric Reform development in Brazil as reference. The planned objectives were the characterization of the professional profile of the workers, the identification of the theoretical conceptions that guide their practices and the analysis of their actions mediated by the know-how in relation to the rules established by the public policies for mental health area and especially for the CAPS' services. The theoretical-methodological fundamentals used were the historical and dialectical materialism that comprehend the social reality, the human knowledge and the work practices as historically determined, and the contradictions as needed for the processes of transformation and construction of new forms of social relation. The subjects of the research were professionals with higher education and it was used the semi constructed interview as technique for the data collection and the dialectical-hermeneutic as strategy of apprehension of reality. The workers presented a way of traditional professional formation and the analysis of the empirical material permitted to visualize that their actions are guided fundamentally by conceptions coherent with the hegemonic model, in which a dichotomy between mental health and disease exists, the object of work being the individual and his disease, without the link of the social meaning attributed to his condition. The analysis also showed that the relation between knowing and doing presents coherence, being a matter of traditional intervention, resulting in practices turned to the users of the service inside the institution. The actions that would be directed to the concrete context of their own lives, besides few representative, they do not find theoretical foundation in the revealed knowledge and they would be well founded in the knowledge resulted from the proper practice and the common sense. This way, the representation of the workers about the model of attention CAPS, translates the difficulties found for the consolidation of a substitutive service for the psychiatric internment and a service articulated to the territorial resources, resulting thus a problem of mental health policies for the staff from the service, who cannot see themselves as actors of the process. The study made clear the necessity of reviewing the processes of teamwork to make possible the construction of new knowledge, instruments and practices as well as the involvement of the workers as social actors of the Reform.

Key-words: Mental health; Psychiatric Reform; Reform of the health services; Communitary services of mental health; Working process; Professional qualification.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 A Reforma Psiquiátrica no Brasil	17
1.2 Os centros de atenção psicossocial.....	26
1.3 Os objetivos do estudo.....	33
2 CAMINHO METODOLÓGICO.....	35
2.1 Referencial teórico-metodológico.....	35
2.2 Procedimentos de coleta e análise dos dados.....	39
3 AS CONCEPÇÕES DE SAÚDE E DOENÇA MENTAL.....	47
4 OS PROCESSOS DE TRABALHO DA EQUIPE DO CAPS.....	63
4.1 Os objetos.....	64
4.2 Os instrumentos.....	76
4.3 As finalidades dos processos de trabalho.....	107
5 A COMPREENSÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL.....	117
6 O MODELO DE ATENÇÃO CAPS.....	134
6.1 As concepções da atenção.....	135
6.2 O CAPS e seus objetivos.....	141
6.3 A organização do serviço.....	154
7 OS TRABALHADORES DO CAPS.....	160
7.1 O perfil dos trabalhadores.....	160
7.2 O trabalho em equipe.....	171
7.3 O nível de satisfação dos trabalhadores.....	178
7.4 O conhecimento que se faz necessário.....	182
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	185
REFERÊNCIAS.....	189
ANEXOS.....	196

1. INTRODUÇÃO

Há quase três décadas, uma complexa transformação no campo de conhecimentos e práticas em saúde mental vem se processando no Brasil, tendo como pressupostos as diretrizes do Movimento da Reforma Psiquiátrica, traduzidas na formulação de políticas públicas nessa área. Esse movimento pode ser entendido como um conjunto de iniciativas críticas sobre as práticas e os saberes psiquiátricos, centrados no hospital psiquiátrico e ainda hegemônico até os dias de hoje. Propõe a revisão teórico-prática da atenção em saúde mental, aliada a aspectos jurídicos, políticos e éticos, visando transformar os valores sociais atribuídos à doença mental.

A inscrição da loucura no campo da medicina foi objeto de análise, principalmente, na obra de Michel Foucault¹. Segundo este autor, a psiquiatria surge como especialidade do campo médico, assumindo a tarefa de conjugar a noção de doença mental à exclusão e tutela dos doentes mentais e, com base nesta configuração, estabelece o hospital como lugar privilegiado à dupla função de tratamento e controle social. Naquele momento histórico, estruturou-se uma outra resposta social ao problema da loucura. (Tenório, 2001a)

As práticas reformistas em psiquiatria, ocorridas desde então, buscaram estabelecer outras formas de enfrentamento da questão da loucura. Para além de reformas das instituições asilares, o objetivo da Reforma Brasileira é a produção de respostas amplas, não excludentes e que propiciem o restabelecimento dos direitos de cidadania dos loucos. No campo da saúde mental, significa construir uma noção de atenção que permita o estabelecimento de uma nova relação da sociedade com a loucura e que contemple a compreensão de que, em sua situação de diferentes, os loucos e suas famílias sofrem e, por esta razão, as intervenções e intermediações se fazem necessárias para legitimar os direitos de cidadania e construir formas de participação no mundo social.

No Brasil, o reconhecimento oficial das necessidades de transformação da assistência em saúde mental deu-se após grande movimentação dos sujeitos envolvidos nessa luta. Ao longo desse processo, as experiências práticas de serviços substitutivos à internação psiquiátrica contribuíram, enormemente, para a reafirmação das

¹ Foucault M. História da loucura na Idade Clássica. 8. ed. São Paulo: Perspectiva; 2005.

possibilidades do cuidar em liberdade e para o surgimento de unidades de atenção diária para o tratamento de pessoas com transtornos mentais severos em todo o país.

Em 29 de janeiro de 1992, foram regulamentados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Portaria n.º 224, do Ministério da Saúde (MS), os centros de atenção psicossocial (CAPS), definidos como unidades de saúde regionalizadas, que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, por equipe multiprofissional. (Brasil, 2004a)

Mais recentemente, a Portaria Ministerial n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002, propõe o cadastramento dos CAPS existentes e de novas unidades de atenção diária, garantindo subsídio financeiro aos gestores locais e caracterizando-os como unidades de:

[...] atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias. (Brasil, 2004b: 12)

Paralelamente à reformulação da assistência na rede de serviços extra-hospitalares, a assistência hospitalar psiquiátrica também se tornou foco das políticas públicas, com o estabelecimento de medidas para a redução progressiva de leitos hospitalares e a melhoria da qualidade da assistência hospitalar prestada.

A Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001, originada do Projeto de Lei 3.657/ 89 de autoria do então Deputado Federal Paulo Delgado, foi aprovada depois de 12 anos de tramitação. A Lei promulgada é um substitutivo do projeto original e a demora em sua aprovação traz indícios da forte resistência dos defensores do modelo tradicional em psiquiatria. Embora represente um marco, por traduzir o compromisso do governo com a reorientação do modelo em saúde mental, baseado nos direitos dos pacientes ao tratamento em serviços comunitários, não institui mecanismos claros para a extinção dos manicômios. (Brasil, 2005b)

A nova legislação contém diretrizes para o investimento de recursos financeiros na atenção extra-hospitalar, em substituição ao modelo hospitalocêntrico, além de propor políticas específicas para a alta de pacientes de longa permanência nos hospitais psiquiátricos, e mecanismos de regulação para as internações consideradas inevitáveis.

Desse modo, por intermédio de ações legislativas e normativas, o governo federal assumiu as funções de regulação e financiamento de uma rede de serviços extra-

hospitalar em saúde mental. A realidade conjuntural, embasada em leis e políticas públicas, é bastante positiva e traduz a reorientação do modelo assistencial em saúde mental em duas vertentes. De um lado a diminuição e progressiva desativação de leitos hospitalares, aliando propostas concretas de desinstitucionalização, criação de serviços residenciais terapêuticos e projetos de bolsa auxílio para moradores de hospitais psiquiátricos. De outro lado, o aumento de serviços comunitários, com responsabilidade pela atenção a pessoas com transtornos mentais severos e seus familiares, trabalhando conjuntamente com os demais serviços de saúde e os recursos do território na produção de cidadania e inclusão social. A expectativa mais otimista para o futuro é que a instituição asilar – o hospital psiquiátrico – seja prescindível, muito embora este seja um processo contra-hegemônico.

A rede de atenção à saúde mental no Brasil está integrada ao SUS e sua característica é essencialmente pública e de base municipal. (Brasil, 2005b) Embora a atenção em saúde mental seja tarefa de uma rede articulada de serviços, esta articulação deve incluir os recursos da comunidade, para se constituir em verdadeiros espaços de inclusão na cidade, destinados às pessoas com transtornos mentais:

A idéia fundamental aqui é que somente uma organização em rede, e não apenas um serviço ou equipamento, é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas, em um país de acentuadas desigualdades sociais. É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção de autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais. (Brasil, 2005b: 24)

Nesse contexto, os CAPS, entre os dispositivos de atenção à saúde mental, têm um papel estratégico no processo da Reforma Psiquiátrica, pois, ao se caracterizar como um serviço de atenção diária, pode efetivamente criar condições para evitar as internações em hospitais psiquiátricos e demonstrar a possibilidade de substituição do modelo hospitalocêntrico. Além disso, a atenção realizada nos CAPS deve se ocupar da preservação e do fortalecimento dos laços sociais dos usuários na família e na comunidade, produzindo autonomia e cidadania.

Na conjuntura da política nacional de saúde mental há, ainda, outras funções atribuídas aos CAPS: regulação das ações de saúde mental em sua área de atuação e suporte à rede básica – Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Programa de Saúde da Família (PSF) –, tornando estes serviços articuladores estratégicos da atenção em saúde mental em um dado território.

Na esfera pública, os serviços CAPS começaram a surgir em 1987, quando é

fundada a primeira unidade, CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira, que, neste trabalho, se constitui em cenário da pesquisa. Em 2001 existiam 295 unidades CAPS no país. (Brasil, 2004c)

Após a publicação da Portaria n.º 336 (MS), por meio de financiamento específico do Ministério da Saúde, os CAPS já existentes e novos serviços foram cadastrados, produzindo um aumento significativo na rede de serviços CAPS em quase todo território nacional. Em março de 2006, o ministro da Saúde assinou a portaria de cadastramento do CAPS de número 800. Segundo dados da Coordenação Nacional de Saúde Mental, desde 2002, o aumento das unidades CAPS é crescente, e tem sido cadastrados anualmente, em média, 110 novos CAPS. (Brasil, 2005b)

Esses números demonstram que a maioria dessas unidades é nova, no máximo com quatro anos de funcionamento. Novas também são as equipes, e os trabalhadores têm à frente o grande desafio de implantar e implementar o modelo de atenção preconizado, responsabilizando-se pela atenção em saúde mental no território definido, intermediando as mudanças sociais necessárias ao resgate dos direitos de cidadania e à inclusão de pessoas portadoras de transtornos mentais:

[...] o trabalhador do CAPS [...] deve se desdobrar em identidades e atribuições múltiplas, para ficar no centro virtual do território e da rede das subjetividades de seu paciente, seus familiares, dos moradores, dos demais trabalhadores do CAPS, dos gestores implicados naquela rede, das interfaces todas que o trabalho da atenção psicossocial apresenta. (Delgado, 2004: 3)

É esperado do trabalhador do CAPS um complexo desempenho e domínio de vários campos de conhecimento: técnico, social, ético, jurídico e político. Estariam os trabalhadores preparados para os desafios da produção de novas práticas no campo da saúde mental?

A insuficiência teórica, técnica e conceitual dos cursos de graduação, para o enfrentamento dos desafios da Reforma Psiquiátrica e de uma nova forma de cuidar em saúde mental, tem sido demonstrada por vários autores. Na tentativa de avaliar essa formação, foram realizadas inúmeras pesquisas com estudantes, profissionais das várias categorias e docentes, tornando evidente uma certa inquietação quanto ao desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem em saúde mental e propondo revisões. (Barros, Egry; Guimarães, Medeiros; Kantorski, Silva G, Silva E, 2001)

De modo geral, esses estudos demonstraram a utilização de concepções tradicionais para a compreensão e o ensino da problemática psíquica em que o objeto de intervenção fica reduzido à doença e é eliminada a visão de sujeitos construídos

histórica e socialmente.

Embora existam experiências bem sucedidas de articulação do ensino com serviços engajados na Reforma, a maioria das instituições formadoras utiliza-se de estruturas hospitalares altamente hierarquizadas como campo de experimentação prática aos alunos de graduação, promovendo o aprendizado de um modelo de atenção coerente com essa determinada concepção teórica que vem sendo questionada desde os primórdios do Movimento da Reforma Psiquiátrica. (Figueiredo, Jardim, 2001)

Ainda que o ensino de graduação e pós-graduação estivesse menos distanciado da proposta de transformação do cuidado em saúde mental, haveria necessidade de estimular processos contínuos de discussão, atualização e aperfeiçoamento das práticas, visando à constante reflexão e produção de novos saberes compartilhados pelos trabalhadores no enfrentamento das situações vividas junto às pessoas com transtornos mentais.

A necessidade de formação e qualificação dos trabalhadores foi colocada em pauta desde as primeiras discussões do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, no final da década de 1970. A criação de centros de estudos, supervisões, reuniões de serviços, atividades didático-culturais, cursos de aperfeiçoamento e pesquisas na área de saúde mental eram algumas das reivindicações do movimento e a melhoria da assistência estava identificada naturalmente com as práticas institucionais executadas pelos profissionais, apontando para a revisão do paradigma doença mental e ampliação do campo de intervenção para as pessoas adoecidas. (Amarante, 1995)

A partir de 1982, os documentos relacionados à reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil fazem referência às necessidades de capacitação de recursos humanos adequados ao enfrentamento das novas estratégias em saúde mental. (Figueiredo, Jardim, 2001)

No Brasil há uma grande diversidade de realidades sociais e políticas, refletindo em diferentes configurações de redes de serviços extra-hospitalares e composição de equipes de trabalho em saúde mental. Nesse campo heterogêneo, existem algumas evidências positivas em relação ao desenvolvimento do projeto assistencial em consonância com a política atual de saúde mental.

Na pesquisa de Cambraia (1999), junto aos trabalhadores de ambulatórios de saúde mental, observa-se que as práticas tendem a abarcar intervenções pautadas em princípios de cidadania, aumento de autonomia e ampliação da rede social dos usuários, transcendendo, assim, a oferta exclusivamente medicalizante.

Em outro estudo, realizado por Campos e Soares (2003), verifica-se também, que em serviços CAPS, a concepção saúde-doença, orientadora das práticas dos trabalhadores, permite relacionar os indivíduos à rede social em contraposição às práticas de trabalhadores de hospitais, ambulatorios e unidades básicas de saúde, cujas intervenções apresentavam-se centradas no indivíduo, no doente ou no sintoma.

Embora existam experiências bem sucedidas de transformação da assistência em saúde mental, a maioria das pesquisas, envolvendo serviços extra-hospitalares, vem apontando para necessidades de qualificação dos trabalhadores. O conhecimento teórico no campo da saúde mental é verificado como necessário ao trabalho em ambulatorios e serviços comunitários, bem como o envolvimento dos trabalhadores nas práticas e nos processos de trabalho em equipe. (Bandeira; Rolim, Barros, Stefanelli, Teixeira, 1992; Farinazzo, Beraldo, 2001)

Contribuindo para a observação da importância do papel dos trabalhadores na produção de novas práticas de saúde mental, acrescentarei minha própria vivência de trabalho cotidiano no serviço CAPS, desde 1992, inclusive com base em funções gerenciais assumidas durante cinco anos. O que se observa é que a concepção clínica tradicional é hegemônica. O usuário é, constantemente, identificado com sintomas e diagnósticos pré-estabelecidos da psiquiatria. Como resultado, verifica-se que as intervenções realizam-se muito em função da exacerbação de sintomas e/ou prescrição de medicamentos, evidenciando a importância atribuída pela equipe à presença do trabalhador médico no dia-a-dia do serviço, que é acionado, com frequência, em momentos de resolução e responsabilização. O médico assume a referência de muitos usuários de forma isolada e pouco compartilhada com os trabalhadores de outras categorias profissionais.

A organização do trabalho médico é semelhante ao verificado nos modelos tradicionais de atendimento ambulatorial: consultas individuais geralmente marcadas por agendamento. Essa observação é coerente com o identificado no trabalho de Bertonecello e Silva (1998), em sua análise sobre os processos de trabalho em ambulatorio de saúde mental.

De modo geral, o atendimento individual é frequentemente utilizado por todas as categorias profissionais, que pouco recorrem ao uso de instrumentos coletivos de abordagem. Para os psicólogos, o modelo clínico individual é utilizado de modo semelhante aos consultórios privados. Uma análise realizada, junto aos psicólogos dos CAPS do Estado do Espírito Santo, por Figueiredo e Rodrigues (2004), demonstra que

as práticas realizadas estão centradas no atendimento clínico, em detrimento de intervenções no campo social, embora o conceito de desinstitucionalização esteja presente no discurso dessa categoria profissional.

Um dos pontos críticos que observo no cotidiano do serviço, é a pequena continência que a equipe de trabalhadores dá às situações de crise. A utilização de encaminhamento ao pronto-socorro, por vezes com indicação para internação psiquiátrica, contraria um dos principais pressupostos do CAPS: constituir-se em serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico. No dia-a-dia do CAPS, os usuários em crise contam com poucos espaços de pertinência em função das características das atividades existentes. São oficinas e grupos estruturados em que a participação fica inviabilizada, em função do nível de desorganização psíquica das pessoas em crise. Essas situações exigiriam dos trabalhadores atitudes de disponibilidade que comumente não se verificam.

Sabe-se que as famílias de pessoas portadoras de transtornos mentais severos necessitam também de espaços no tratamento, por sua implicação dinâmica no processo de adoecimento do familiar, pelas consequências e mudanças ocorridas na vida cotidiana com nesse convívio e, ainda, como parceira do serviço e da equipe no favorecimento e na construção de espaços de inclusão social. Em minha experiência de trabalho no CAPS, participei de inúmeras discussões em que os trabalhadores reconheciam as necessidades de envolver a família no tratamento, porém, só recentemente há propostas mais regulares de intervenções junto aos familiares. Ainda existe uma grande parcela de usuários que não tem seus familiares participando ativamente do cotidiano do serviço e, em muitos casos, estes só acorrem ao CAPS em decorrência de situações de agravamento de sintomas.

Além disso, as ações terapêuticas acontecem basicamente no ambiente institucional e são poucas as iniciativas de intervenção no campo social do território de abrangência do serviço. Essas observações também estão presentes no trabalho de Aranha e Silva (2003), que identifica em serviço CAPS a prevalência de ofertas individuais dentro da instituição e carência de articulação com os recursos do território e ações com os familiares.

Os projetos voltados à inclusão social nas áreas de trabalho, moradia, direitos, cultura e lazer atingem uma parcela pequena da população usuária do CAPS, contrariando as orientações para a reabilitação psicossocial que preconiza o oferecimento de lugares e oportunidades à totalidade dos usuários do serviço.

(Saraceno, 1999)

Segundo Martins e Dal Poz (1998), a reformulação da lógica assistencial em saúde preconiza que o centro da atenção deixe de ser o hospital e passe a ser a comunidade, demandando dos trabalhadores uma mudança de perfil que inclua a participação ativa dos usuários e da comunidade na produção do serviço de saúde. Observa-se que os usuários de serviços CAPS têm uma pequena participação como protagonistas de seus projetos terapêuticos de tratamento e, além disto, apresentam representações sobre estes, fortemente ligadas ao uso de medicamento e ao profissional médico, corroborando com a idéia da centralidade do saber e prática da psiquiatria tradicional. (Bichaff, 2001; Mostazo, Kirschbaum, 2003)

Quanto ao trabalho em equipe multiprofissional, verifica-se na vivência cotidiana dificuldades em relação à organização do trabalho no CAPS. De modo geral, os trabalhadores dividem as tarefas burocraticamente, ou seja, todos são colocados em escalas de trabalho para desempenhar determinadas funções, porém, isso não garante que as responsabilidades sejam assumidas coletivamente. Raramente o trabalho é conjunto e os espaços de reunião comumente caracterizam-se como momentos de divisão de tarefas e relato de acontecimentos e não como situações de construção coletiva de saber e integração das ações dos trabalhadores. De acordo com análise realizada por Peduzzi (2001), sobre as concepções do sentido do trabalho em equipe e as evidências do caráter coletivo do trabalho, essas características da equipe do CAPS são coerentes com a equipe agrupamento, distintas de equipes que se integram. As últimas produziriam o trabalho coletivo na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes.

As observações realizadas, enquanto membro da equipe de um CAPS, e a bibliografia consultada indicam que existe um distanciamento entre o que é proposto pela política de saúde mental, em especial para os CAPS, e a realidade objetiva da atenção que vem sendo produzida num serviço dessa natureza. Considerando as múltiplas dificuldades existentes para a transformação do modelo de atenção em saúde mental e as expectativas atuais das políticas públicas em relação aos CAPS, torna-se importante realizar uma investigação que permita uma análise crítica sobre as práticas que se desenvolvem na realidade desses serviços.

As transformações requeridas para a realização do projeto institucional dos CAPS passam pela desconstrução do saber tradicional e a construção de um novo campo de conhecimentos, novas práticas e novos trabalhadores coletivos. Surgem então

algumas questões: como são as práticas realizadas no CAPS? Com que finalidade elas acontecem? Em que se baseiam os trabalhadores para realizá-las? Existe alinhamento das ações dos trabalhadores com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica e com a política de saúde mental?

Nesta investigação, o objeto do estudo é o conjunto das práticas desenvolvidas pela equipe multiprofissional de um serviço CAPS, na perspectiva de conhecer os nexos entre as concepções que as orientam e os objetivos aos quais se dirigem, no contexto da atual política de saúde mental, que estabelece os CAPS como dispositivos estratégicos de sustentação da Reforma Psiquiátrica.

A análise do trabalho realizado na prática cotidiana de um CAPS, suas dificuldades e suas correlações com as proposições da política nacional de saúde mental poderão contribuir para a formulação e desenvolvimento de programas de qualificação para trabalhadores da área de saúde mental, em especial para os trabalhadores de CAPS.

De acordo com as diretrizes da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, o caminho para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde no SUS é a adoção da educação permanente. Esse processo encontra-se em implantação desde 2003 e propõe que a transformação da atenção em saúde, a organização do trabalho e a construção de novas estratégias de intervenção, assim como a identificação das necessidades de qualificação profissional, devem surgir com base na reflexão e da problematização das práticas existentes. (Brasil, 2003)

Para contextualizar o processo histórico, no qual os CAPS surgem, trataremos a seguir do Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que, diante de seus pressupostos, determinou a formulação de políticas públicas de saúde mental e a construção da rede de atenção à saúde mental, tal qual a conhecemos hoje.

1.1 A Reforma Psiquiátrica no Brasil

As primeiras reivindicações reformistas no campo da assistência psiquiátrica no Brasil datam do final da década de 1970. Desde o início da década de 1950, observava-se uma clara expansão dos leitos psiquiátricos públicos, indicando a consolidação do saber psiquiátrico e o modelo do macro hospital como orientador da assistência psiquiátrica.

Em decorrência do processo de urbanização e industrialização, começam a surgir os trabalhadores assalariados, os quais passam a receber assistência médica, inclusive na área de saúde mental, nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), garantindo assim a capacidade produtiva dessa força de trabalho. Nessa época, surge uma nova instituição, o hospital psiquiátrico privado, formalizado pela iniciativa de convênios entre hospitais privados e os IAPs. (Paulin, Turato, 2004)

O golpe militar de 1964 introduz uma nova concepção capitalista-monopolista, caracterizada pela crescente intervenção do Estado na regulação e acumulação de capital. O sistema de saúde passa por uma grande reformulação e o governo investe na estratégia de ampliar a cobertura previdenciária para setores assalariados da população que não a possuíam, mediante a contratação dos serviços de saúde da rede privada. (Paulin, Turato, 2004)

Em 1966 ocorre a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Os recursos do INPS foram então investidos na expansão da assistência psiquiátrica, por meio da contratação de leitos em hospitais privados e públicos, refletindo uma política de direcionamento dos recursos públicos para a esfera privada e consolidando a disposição dos governos militares quanto à privatização da assistência. A assistência psiquiátrica havia se transformado em fonte de renda para muitos empresários do setor hospitalar, constituindo o que veio a ser denominado “indústria da loucura”. (Amarante, 1995)

No contexto do Estado autoritário, a segunda metade da década de 1970 é marcada pela emergência de críticas ao modelo assistencial público em saúde, por sua ineficiência, seu caráter privatista e pelas inúmeras denúncias de fraudes no sistema de financiamento. A crítica às políticas de saúde e a elaboração de alternativas constituíram o Movimento da Reforma Sanitária, que propunha a reformulação do sistema de saúde baseado em ações de planejamento, gestão e modelo assistencial, de modo a atender as necessidades da população. (Tenório, 2001a)

No âmbito da assistência psiquiátrica, os trabalhadores de saúde iniciam uma série de discussões e reivindicações cujos objetivos eram, prioritariamente, o combate à segregação dos doentes mentais, as necessidades de transformação das instituições asilares e a melhoria das condições de trabalho. Em 1978 é criado o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que se constituiu em espaço de luta, debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica. Num primeiro momento, o MTSM aliou reivindicações trabalhistas a um discurso

humanitário em defesa dos doentes mentais, refletindo um conjunto heterogêneo de denúncias. À precariedade da situação de saúde da população somavam-se as críticas à política privatizante e à psiquiatria enquanto prática de controle e desigualdades sociais. (Amarante, 1995)

Um dos primeiros documentos oficiais, contendo as reivindicações do Movimento da Reforma Psiquiátrica, foi publicado em 1980, pelo Ministério da Saúde. O documento, “Diretrizes para a área de Saúde Mental”, recomendava a substituição do modelo asilar, a ênfase no tratamento extra-hospitalar com integração das ações de saúde mental na rede de serviços de saúde, a ampliação do enfoque organicista, a promoção da reintegração familiar e social do doente, a realização de estudos e pesquisas para subsidiar a prática assistencial e a participação de diversos segmentos da sociedade na discussão, avaliação e operacionalização das mudanças. (Carvalho, 2001)

Embora a existência desse documento indicasse os rumos a serem seguidos, na prática, a assistência psiquiátrica pouco se modificou, mantendo seu caráter mercantil, no caso dos hospitais privados conveniados com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) ou a situação asilar, de extrema precariedade, dos hospitais públicos.

De acordo com Paulo Amarante, que propõe uma periodização do Movimento da Reforma Psiquiátrica, este primeiro momento constitui-se numa trajetória alternativa, caracterizada por denúncias de violência, maus tratos, negligência e uso da psiquiatria como instrumento de controle social nas instituições asilares. A crítica é exercida sobre “a natureza e a função social das práticas médicas e psiquiátrico-psicológicas.” (Amarante, 1995: 94)

Durante o processo de redemocratização do país houve a vitória da oposição em diversos estados, nas eleições diretas para governador, em 1982, após muitos anos de regime militar. A eleição de nossos representantes, aos governos dos estados, determinou, em muitas localidades, o acesso dos protagonistas do Movimento da Reforma Psiquiátrica a cargos na gestão pública, levando consigo as propostas de reformulação da assistência, produzindo uma certa identidade entre o movimento e o próprio Estado. (Amarante, 1995; Barros, Egry, 2001)

A Reforma Psiquiátrica adquire então a característica de incorporar-se no aparelho do Estado, ocupando estrategicamente os espaços públicos de poder e tomada de decisão, conseguindo com isso introduzir mudanças nas políticas de saúde. O Estado, por sua vez, também como tática, incorpora os militantes da Reforma, para se legitimar no poder e reduzir os efeitos danosos de uma política vigente, de caráter privatizante, de

altos custos e baixa eficácia. A este momento da Reforma, Amarante (1995) faz referência a uma trajetória sanitarista, localizando-a na primeira metade da década de 1980.

Nesse período, a Reforma assume uma postura menos crítica quanto à transformação da instituição psiquiátrica e a função social da psiquiatria e coloca-se mais alinhada aos ideais preventivistas, privilegiando a organização dos serviços e o planejamento como forma de abordar o problema da assistência psiquiátrica no país. Por outro lado, a presença de representantes da Reforma, em programas estaduais e municipais de saúde mental, propiciou a elaboração de propostas que mantiveram vivas as idéias de transformação das práticas psiquiátricas tradicionais.

O Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica (1982), elaborado pelo Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), reconhecia a precariedade da assistência prestada e propunha formas alternativas extra-hospitalares, incluindo as ações de saúde mental na atenção primária, regionalizando e integrando os recursos de saúde. (Carvalho; Barros, Egry, 2001)

As discussões dos anos de 1980 foram extremamente importantes para fazer avançar e solidificar as propostas para um novo sistema de saúde brasileiro, culminando com a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), considerada um marco histórico na luta pela construção do SUS. No âmbito da assistência psiquiátrica, muitos foram os eventos realizados, entre eles, o I Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental (1985) e a I Conferência Nacional de Saúde Mental – CNSM (1987), cujo relatório final propunha a reformulação do modelo assistencial, baseando-se na reorganização dos serviços, a definição da política de recursos humanos e a revisão da legislação. (Barros, Egry, 2001)

A constatação, durante a I CNSM, de que a resistência da iniciativa privada, de base manicomial, dificultava a incorporação das propostas reformistas nas políticas oficiais, fez surgir o II Encontro de Trabalhadores de Saúde Mental, no final do mesmo ano. Nesse encontro discutiu-se a necessidade de buscar formas independentes do Estado para a organização do movimento, retomar o questionamento das instituições psiquiátricas e envolver a sociedade no enfrentamento dos problemas e soluções da questão da loucura. Institui-se o lema: “Por uma Sociedade sem Manicômios” e incorporaram-se novos atores no processo de reforma: os usuários e seus familiares.

Tem início um novo processo no Movimento da Reforma Psiquiátrica, marcado pela necessidade de desconstruir os saberes e práticas instituídos pela psiquiatria e

produzir amplamente novas soluções, “inventar” novas formas de lidar com a complexidade da loucura:

[...] o MTSM retorna às suas teses originais e percebe a inviabilidade da mera transformação institucional, da simples modernização da psiquiatria e suas instituições, própria da trajetória institucionalista, de ocupação e de aliança com o Estado, e faz uso do tom inicial de sua história, quando denunciava a psiquiatrização, a institucionalização, e parte para uma nova etapa, em que a questão da loucura e das instituições psiquiátricas é devolvida à sociedade, e a participação enquanto técnicos é redefinida e redimensionada. (Amarante, 1995: 88)

A segunda metade da década de 1980 foi extremamente importante para o Movimento da Reforma Psiquiátrica, pois além do amadurecimento da crítica ao modelo asilar, houve a ampliação dos protagonistas, da iniciativa de revisão legislativa e de experiências bem sucedidas de atenção à saúde mental, substitutiva ao manicômio.

Merecem destaque, por sua originalidade, a criação do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira, em São Paulo (1987), que influenciou o surgimento de muitos outros serviços dessa natureza em todo o país, e o processo de intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos na Casa de Saúde Anchieta (1989), que resultou na implantação de uma rede de serviços, incluindo os Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS, totalmente substitutiva ao hospital psiquiátrico.

A Constituição Federal de 1989 formalizou a atenção à saúde como um direito social e em 1990 foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde - 8080/90, que implantou o SUS, descentralizando o sistema por meio da ampliação dos níveis de responsabilidade das gestões locais e regionais, buscando um modelo assistencial que reverteresse o perfil de intervenção governamental, assegurando o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e prevenção da saúde. Em mais de dez anos de implantação do SUS, os avanços evidenciaram-se pela melhora dos indicadores de saúde e eficiência do atendimento, porém, também são muitas as dificuldades de implementação, caracterizadas pelo embate com o setor privado, crise de financiamento do setor, permanência de problemas de cobertura assistencial, resolutividade e equidade no acesso e utilização dos serviços. (Silva, 2003)

No campo da assistência psiquiátrica, a Conferência sobre a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina, em 1990, impulsionou o debate sobre a reforma da assistência, resultando na Declaração de Caracas, que recomendou às nações participantes a viabilização das condições necessárias para implantação de um modelo

de atenção centrado na comunidade e integrado nas redes sociais e de atenção à saúde; a revisão crítica do papel desempenhado pelo hospital psiquiátrico; a salvaguarda da dignidade, dos direitos humanos e civis dos pacientes; o asseguramento da permanência dos pacientes nas comunidades; a reformulação da legislação de modo a proteger esses direitos e ainda, que a formação em saúde mental e psiquiatria deve usar como modelo de serviço o centro comunitário e o hospital geral. (Brasil, 2004a)

Essa conferência, convocada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)/ Escritório Regional da Organização Mundial de Saúde (OMS) para as Américas, trouxe legitimidade aos movimentos reformistas em andamento nos vários países da América Latina, reforçando a participação de organismos internacionais, em posição de alinhamento, com as propostas de reorientação da assistência psiquiátrica.

No Brasil, em 1991, a Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde assume o compromisso de regulamentar as diretrizes traçadas até então. A publicação da Portaria n.º 189 (MS) em 1991 e da Portaria n.º 224 (MS) em 1992, reafirmou os princípios da reorientação do modelo de atenção e estabeleceu as normas de funcionamento dos serviços de saúde mental, inclusive os serviços de atenção diária, incorporando novos procedimentos à tabela do SUS. Assim, tais portarias garantiram o pagamento das ações de saúde mental da rede extra-hospitalar, priorizando a internação em hospital geral e instituindo regras mais rígidas para o funcionamento e fiscalização dos hospitais psiquiátricos. (Brasil, 2004a)

No final do ano de 1992, com a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, foi possível aprofundar as críticas ao modelo hospitalocêntrico e formalizar um novo modelo de atenção, fundamentado no conceito da atenção integral e dos direitos de cidadania aos portadores de transtornos mentais. (Tenório, 2001a)

As portarias recém-publicadas e a II Conferência, em conjunto com algumas leis estaduais promulgadas nos anos seguintes, resultaram em progressos no campo da reforma psiquiátrica. Houve uma redução no número de leitos, fechamento de vários hospitais psiquiátricos, aumento da rede de serviços extra-hospitalares, além de movimentos de organização de usuários e familiares contribuindo para a reforma. Apesar do quadro mais favorável, o investimento na rede hospitalar mantinha-se desproporcionalmente alto em relação à rede substitutiva.

Entre 1996 e 1998 houve um certo esvaziamento de políticas públicas no setor e em 1999 a coordenação de saúde mental do Ministério da Saúde lança um novo documento “Por uma Política de Saúde mental”, retomando as ações políticas da

Reforma Psiquiátrica. Entre as necessidades apontadas no documento estão: a garantia na dispensação de psicofármacos essenciais nos estados e municípios, apoio para equipamentos e qualificação de centros de atenção psicossocial no país, projetos de criação de residências terapêuticas e serviços CAPS 24 horas, introdução de bônus incentivo para programa de reabilitação assistida e a capacitação de recursos humanos. (Figueiredo, Cavalcanti, 2001)

Nos anos que se seguiram houve um novo impulso na promulgação de leis e portarias ministeriais para o campo da saúde mental, indicando a disposição do governo federal em assumir as diretrizes da Reforma Psiquiátrica como política pública. Na década de 1990 foram aprovadas leis estaduais em sete estados e no Distrito Federal, estabelecendo a substituição progressiva da assistência em hospitais psiquiátricos pelo tratamento em serviços extra-hospitalares.

Em 2000, a Portaria n.º106 (MS), de 11 de fevereiro, regulamentando os Serviços Residenciais Terapêuticos para a população de internos de hospitais psiquiátricos de longa permanência, contribuiu para o desenvolvimento do processo de desinstitucionalização destas pessoas.

A OPAS e a OMS explicitaram em 2001, no Relatório Sobre a Saúde no Mundo, sua preocupação com a carga que representam os transtornos mentais em termos humanos, sociais e econômicos, propondo um conjunto de recomendações para que os países possam adaptá-las de acordo com suas necessidades e recursos: proporcionar tratamento na atenção primária; garantir o acesso aos psicotrópicos; garantir atenção na comunidade; educação em saúde para a população; envolver as comunidades, as famílias e os usuários; estabelecer políticas, programas e legislação nacionais; formar recursos humanos; criar vínculo com outros setores; monitorizar a saúde mental na comunidade e dar mais apoio à pesquisa. (OPAS/ OMS, 2001)

Em 2001, após um intervalo de quase dez anos, ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental representando um passo definitivo na reorientação do modelo assistencial. Em seu título “Cuidar, sim. Excluir, não. Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com acesso, qualidade, humanização e controle social”, expressava não somente a íntima relação com a construção do SUS, mas a necessidade de fazer avançar o processo da reforma, com base no reconhecimento da viabilidade demonstrada por experiências positivas de substituição do hospital psiquiátrico. (Brasil, 2002)

Segundo Tenório (2001a), o modelo de atenção já era uma realidade que precisava ser implementado, aprimorado e, com o auxílio de uma lei nacional, estendido

ao conjunto da rede de atenção no país. Assim, a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental:

[...] consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança de assistência [...] estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil. É a III Conferência Nacional de Saúde Mental, com ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e de seus familiares, que fornece os substratos políticos e teóricos para a política de saúde mental no Brasil. (Brasil, 2005b: 9)

Em 2002, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria n.º 336 (MS), regulamentou os serviços CAPS de acordo com a complexidade, abrangência e características da população-alvo. Estabeleceu o cadastramento dos serviços de atenção diária já existentes e dos que viessem a ser implantados, garantindo a remuneração dos CAPS pelo sistema APAC (Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/ Custo), com recursos financeiros provenientes do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). Esta linha de financiamento, específico do Ministério da Saúde, permitiu aos municípios que implantassem CAPS, que utilizassem este recurso além do teto financeiro municipal para a saúde, o que significou um grande incentivo à implantação desse tipo de serviço. (Brasil, 2005b)

Paralelamente à expansão da rede de CAPS, houve a instituição do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/ Psiquiatria (PNASH) pela Portaria n.º 251 (MS), de 31 de janeiro de 2002 e posteriormente a criação do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS, Portaria n.º 52 (MS), de 20 de janeiro de 2004, estabelecendo a redução progressiva de leitos hospitalares e o redirecionamento dos recursos financeiros da internação para a rede extra-hospitalar de atenção à saúde mental. (Brasil, 2004a)

Além disso, a Lei Federal n.º 10.708, de 31 de julho de 2003, instituiu o auxílio reabilitação psicossocial para pessoas portadoras de transtornos mentais egressos de internações, impulsionando o processo de desinstitucionalização dos moradores de hospitais psiquiátricos, por meio do Programa de Volta Para Casa.

Embora tenha ocorrido um aumento significativo desses serviços na última década, chegando a contabilizar 800 unidades no país, em março de 2006, esse número ainda é bastante insuficiente diante das necessidades da população e da desproporcionalidade dos investimentos financeiros que continuam privilegiando a internação em hospitais psiquiátricos.

Para Amarante, a Reforma Psiquiátrica é um processo social complexo. Como

processo não tem fim predeterminado e como complexo procura articular várias dimensões simultâneas e inter-relacionadas: a dimensão epistemológica, a dimensão técnico-assistencial, a dimensão jurídico-política e a dimensão cultural.

A dimensão epistemológica se refere às questões teórico-conceituais envolvidas no saber psiquiátrico e a produção de novos conhecimentos no campo da saúde mental. O autor defende o conceito de desinstitucionalização, na tradição basagliana, como um novo marco conceitual, que permite tratar o sujeito em sua existência e em relação às condições concretas de vida. Na dimensão técnico-assistencial estão as questões relativas ao modelo assistencial para abordar este novo sujeito e não mais a doença. A dimensão jurídico-política tem como objetivo rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, direitos humanos e sociais. A quarta dimensão é denominada cultural e se refere à necessidade de transformação do lugar social da loucura, por meio de estratégias e intervenções que propiciem novas relações entre a sociedade e a loucura. (Amarante, 2001)

Em recente documento, apresentado pelo Ministério da Saúde, a Coordenação Geral de Saúde Mental propõe três momentos históricos para o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. O primeiro, de 1978 a 1991, em que a ênfase do movimento é colocada na crítica ao modelo hospitalocêntrico; o segundo, de 1992 a 2000, momento em que há diretrizes mais claramente estabelecidas, começa a implantação da rede extra-hospitalar, porém as normatizações são insuficientes para garantir o financiamento dessa rede, bem como para sistematizar a redução de leitos; e o terceiro situado após aprovação da Lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, ambas em 2001, quando a Reforma Psiquiátrica se consolida como política oficial do governo federal. (Brasil, 2005b)

Vivemos o momento atual do processo, em que várias normatizações do Ministério da Saúde foram produzidas, de modo a garantir o financiamento e a expansão da rede extra-hospitalar, e, paralelamente, a fiscalização e redução programada de leitos psiquiátricos no país. Os dados relativos aos recursos do SUS, destinados para a saúde mental corroboram com esta diretriz: em 2001 os recursos gastos nos hospitais foram da ordem de 79,54% e na rede extra-hospitalar 20,46% e, em 2004, os recursos investidos nos hospitais diminuíram para 63,84% e na rede extra-hospitalar aumentaram para 36,16%. (Brasil, 2005b)

Este é um indicativo muito importante, na medida em que reflete o redirecionamento do recurso público antes investido nos hospitais psiquiátricos, para a

rede de serviços extra-hospitalar, porém, este é um dado insuficiente para garantir a qualidade nas práticas que vêm sendo realizadas na rede extra-hospitalar. É preciso avançar na qualificação dos trabalhadores para efetivamente produzir a transformação do cuidado em saúde mental nos serviços comunitários.

1.2 Os Centros de Atenção Psicossocial

Como vimos até o momento, a atual política de saúde mental no Brasil, alinhada aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, propõe a progressiva substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços de atenção em saúde mental, constituída por centros de atenção psicossocial (CAPS), ambulatórios de saúde mental, residências terapêuticas, centros de convivência e cultura, serviços de saúde mental e emergências psiquiátricas em hospitais gerais e atendimento em saúde mental na rede básica de saúde.

A idéia de rede vai além dos serviços de saúde mental, pois os outros recursos existentes no território podem e devem ser utilizados, potencializando as ações das equipes de saúde diante da complexidade e do desafio do trabalho de inclusão de pessoas com transtornos mentais, constituindo uma verdadeira rede social. Nessa perspectiva, do trabalho em rede, os CAPS são serviços comunitários da rede pública que, neste momento, são considerados pela política de saúde mental, como dispositivos estratégicos.

O primeiro CAPS público do Brasil – CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira, surgiu em 1987, num contexto de reformas administrativas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e de constatação de que a rede de atenção extra-hospitalar disponível mostrava-se inoperante para as pessoas com quadros graves, especialmente os pacientes psicóticos, que requeriam uma abordagem intensiva. (Goldberg, 1994) No projeto de implantação desse CAPS, as diretrizes traçadas eram:

[...] necessidade de se pensar numa rede de atenção psicossocial com espaços intermediários entre a hospitalização integral e a vida na comunidade [...] oferecer a necessária continência a pessoas que socialmente invalidadas, necessitariam de um espaço institucional que buscasse entendê-las e

instrumentalizá-las para o exercício da vida civil [...]. (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo², 1987: 4-5)

Nesta formulação original, de implantação do CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira, observa-se que o tratamento de pessoas, com grave comprometimento psíquico, é deslocado para um serviço que, em sua posição na rede de atenção, situa-se **entre** a hospitalização e a vida comunitária. Naquele momento, não se questionava a presença do hospital psiquiátrico, mas a necessidade de produzir um novo modelo de atenção, situado no conjunto de práticas transformadas, no interior da instituição.

Além disso, a criação deste CAPS não foi acompanhada de uma reformulação das políticas em saúde mental, por parte da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, resultando, por muitos anos, numa experiência isolada que, diante de muitos avanços alcançados na atenção produzida junto aos usuários, encontrou também muitos limites quanto à sua ação extra-institucional.

Dois anos depois da implantação do primeiro CAPS, assistimos ao processo de intervenção realizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Santos, na Casa de Saúde Anchieta, que resultou, processualmente, na criação de uma rede de serviços de atenção à saúde mental, tendo os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), serviços com funcionamento 24 horas por dia e responsabilidade por toda a demanda de saúde mental de determinada área da cidade, como organizadores do cuidado em saúde mental. (Kinoshita, 1996)

A experiência de Santos demonstrou a viabilidade da superação do hospital psiquiátrico, ao construir uma rede totalmente substitutiva, porém, isto só foi possível diante de uma atitude política da prefeitura da cidade, que assumiu este programa de saúde mental, dando condições para sua efetivação e sustentação.

Essas experiências iniciais em muito contribuíram para o desenvolvimento de propostas assistenciais semelhantes, em várias localidades do Brasil, demonstrando a viabilidade de produzir um modelo de atenção capaz de cuidar de pessoas com transtornos mentais graves fora do hospital psiquiátrico, proporcionando ampliação de suas redes sociais e conseqüentemente inclusão e exercício de direitos de cidadania.

Os primeiros efeitos produzidos, por estas novas iniciativas, no campo das políticas públicas, puderam ser verificados nas portarias ministeriais, publicadas nos

² Texto extraído do Projeto de Implantação do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luís da Rocha Cerqueira, datado de 3 de agosto de 1987. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. (mimeo)

anos seguintes, que inauguram e regulamentam novos serviços e procedimentos, no âmbito do SUS, na rede de atenção em saúde mental extra-hospitalar.

O “atendimento em Núcleos/ Centros de Atenção Psicossocial”, na Portaria n.º 189 (MS/ 1991), encontra-se como um novo procedimento de atenção em saúde mental, caracterizado por:

[...] atendimento a pacientes que demandem programa de atenção de cuidados intensivos, por equipe multiprofissional em regime de um [ou dois] turno de 4 horas, incluindo um conjunto de atividades (acompanhamento médico, acompanhamento terapêutico, oficina terapêutica, psicoterapia individual/grupal, atividades de lazer, orientação familiar) com fornecimento de duas [ou três] refeições, realizado em unidades locais devidamente cadastradas no SIA [Sistema de Informações Ambulatoriais] para a execução deste tipo de procedimento. (Brasil, 2004a: 239)

Essa Portaria altera o financiamento em saúde mental, no SUS, possibilitando a implantação e incorporação de novas ações e serviços, por parte dos gestores locais, reconhecendo-as como substitutivas ao modelo tradicional.

No ano seguinte, a Portaria n.º 224 (MS/ 1992) publica as normas para o atendimento ambulatorial e hospitalar, regulamentando o funcionamento, as atividades e os recursos humanos necessários para todos os serviços de saúde mental. No atendimento ambulatorial, figuram os Núcleos/ Centros de Atenção Psicossocial como:

[...] unidades de saúde locais/ regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional. (Brasil, 2004a: 244)

Nesse documento ainda constam as atividades a serem desenvolvidas (atendimento medicamentoso, psicoterapias, orientação, visitas domiciliares, atendimento às famílias, atividades comunitárias de integração e inserção social) e os recursos humanos necessários para o trabalho nos CAPS.

Como citado anteriormente, essas primeiras normatizações do Ministério da Saúde permitiram que, em muitas localidades do Brasil, fossem instaladas unidades tipo CAPS/ NAPS, na medida em que estes serviços passaram a ser remunerados pelo SUS, porém, a Portaria n.º 224 atribuía aos gestores locais a implantação, o controle e a avaliação dos serviços prestados. Desse modo, o surgimento de unidades de atenção diária, como os CAPS e NAPS, ficava condicionado aos programas de saúde mental dos estados e/ ou municípios, que poderiam ou não contemplar a implantação de unidades dessa natureza.

O processo de expansão dos CAPS e NAPS foi descontínuo, porque, embora as Portarias regulamentassem os novos serviços, não havia uma linha específica de financiamento para os serviços de atenção diária. A aprovação da Lei 10.216 e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, no ano de 2001, delimitam um novo período de consolidação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica como política de saúde mental no governo federal, por meio de uma série de normatizações e leis que são publicadas nos anos seguintes. (Brasil, 2005b)

Quanto aos CAPS, em fevereiro de 2002, é publicada a Portaria n.º 336 (MS), que prevê a constituição destes, de acordo com a área populacional de abrangência, a organização do serviço e em relação à especificidade da população atendida. Os CAPS I, II e III são estruturados para o atendimento de adultos com transtornos mentais severos e persistentes, em áreas populacionais de 20.000 a 70.000, 70.000 e 200.000, e acima de 200.000 habitantes, respectivamente. O CAPS III difere dos demais também por seu funcionamento durante 24 horas, nos sete dias da semana. Entre os CAPS II, podem se constituir CAPSi, destinados ao atendimento à infância e à adolescência, abrangendo população acima de 200.000 habitantes e os CAPSad para usuários de álcool e outras drogas, em áreas populacionais acima de 100.000 habitantes.

A Portaria n.º 336 (Brasil, 2004a) descreve as atribuições gerais dos serviços CAPS, em relação ao seu território de abrangência e sob a coordenação do gestor local, da seguinte maneira:

- responsabilização pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental;
- desempenho do papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial;
- coordenação das atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas;
- supervisão e capacitação das equipes da atenção básica, serviços e programas de saúde mental;
- cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais e excepcionais para a área de saúde mental.

A atenção e cuidados, junto às pessoas em tratamento nos CAPS, devem ser organizados segundo as necessidades de acompanhamento destas, podendo se constituir em intensivo, semi-intensivo e não intensivo, significando a frequência ao serviço, traduzida em número de diárias a serem remuneradas pelo sistema APAC, e financiados com recursos específicos para essa finalidade.

O aspecto do financiamento dos CAPS merece destaque dentro da formulação da Portaria n.º 336, pois ao ser criada uma linha de financiamento, especificamente para estes serviços, além dos tetos financeiros municipais, o governo federal estimula a implantação dos CAPS nos municípios e, portanto, a expansão do modelo substitutivo.

De fato, a publicação dessa Portaria, representou um aumento efetivo de serviços CAPS, ao longo dos últimos quatro anos, além de atribuir a estes, um lugar estratégico na transformação da atenção em saúde mental, na organização da rede de cuidados e no direcionamento local das políticas e programas de saúde mental.

Após quase dois anos do início do processo de cadastramento dos CAPS, junto ao Ministério da Saúde, e de um número significativo de serviços implantados, ocorreu o I Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, em junho de 2004, na cidade de São Paulo. Esse encontro reuniu trabalhadores, coordenadores de saúde mental, gestores, além de usuários e familiares, cujo tema foi “Cuidar em liberdade e promover cidadania”. Nessa ocasião houve uma publicação do Ministério da Saúde, tratando exclusivamente dos CAPS e reafirmando suas diretrizes:

Os CAPS, dentro da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Eles devem ser territorializados, ou seja, devem estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja, etc.) daqueles usuários que os frequentam. Deve ser um serviço que resgate as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos esses recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental. A reinserção social pode se dar a partir do CAPS, mas sempre em direção à comunidade. (Brasil, 2004b: 78)

Isto significa a sustentação de um cotidiano institucional marcado pela multiplicidade de necessidades. Podemos identificar dois grandes campos de intervenção dos CAPS, intrinsecamente articulados. O primeiro diz respeito ao cuidado das pessoas que devem ser acolhidas no serviço e o segundo, a estruturação da atenção no território e articulação das ações com os demais serviços e recursos comunitários, portanto, um incessante movimento dirigido para dentro e para fora do CAPS.

A atenção desenvolvida no CAPS deve abranger desde situações de crises, o acolhimento, a permanência diária no serviço, a substituição do hospital psiquiátrico até a construção de projetos de inclusão social, passando por intervenções na rede de serviços, na comunidade, junto a outros setores, de diversas naturezas: clínicas, familiares, trabalho, moradia, direitos, lazer, cultura e outras. Tudo isso num ambiente terapêutico, facilitador de relações, promotor de novas formas de convivência.

Para cada usuário deve ser traçado um projeto terapêutico, reflexo de suas necessidades e de seus familiares, indicando a frequência ao serviço e às atividades propostas. Alguns recursos terapêuticos são preconizados no atendimento aos objetivos do projeto institucional dos CAPS:

- atendimentos individuais: prescrição de medicamentos, psicoterapias, orientação;
- atendimentos grupais: oficinas terapêuticas, oficinas culturais, oficinas geradoras de renda, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, etc;
- atendimentos para as famílias: atendimento nuclear e a grupo de familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer;
- atividades comunitárias: desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outros recursos da comunidade;
- assembléias ou reuniões de organização do serviço: é um instrumento importante para o funcionamento do CAPS como lugar de convivência, em que se discutem os problemas, atividades e a organização do serviço. (Brasil, 2004b)

As noções de território e rede são fundamentais para o desenvolvimento do segundo grande campo de funções do CAPS. O território, para além de uma área delimitada geograficamente, é constituído pelas pessoas que nele vivem, por suas relações de família, amigos, vizinhança, trabalho e instituições, permeadas por interesses e conflitos. É neste espaço de vida que se construirá a rede de atenção à saúde mental, ampliando as possibilidades de trocas e de participação social. Trabalhar no território significa aglutinar saberes e potencialidades de seus recursos, para construir objetivos comuns e propor soluções. É esta idéia que deve orientar as ações dos serviços territoriais.

A rede de atenção é resultado da articulação dos serviços de saúde e dos outros recursos existentes no território, produzindo novas possibilidades de relação com a loucura, em busca de um outro lugar social e da defesa de direitos de cidadania para os usuários do serviço. A organização desta rede é atribuição do CAPS:

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) deverão assumir seu papel estratégico na articulação no tecimento dessas redes, tanto cumprindo suas funções de assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas, etc. (Brasil, 2004b: 12)

Além da articulação da rede de atenção à saúde mental, são funções do CAPS dar suporte, discutir e intervir conjuntamente, supervisionar e capacitar as unidades de atenção básica e o Programa de Saúde da Família, no atendimento às necessidades em saúde mental, propiciando a co-responsabilização dos casos existentes e aumentando a capacidade resolutiva de problemas de saúde mental pelas equipes locais.

Por fim, encontram-se as tarefas de articulação e supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no território de abrangência, sob a coordenação do gestor local, garantindo a regulamentação das internações que se façam necessárias e o fluxo de encaminhamento das pessoas para os CAPS após alta hospitalar.

Para realizar todo o trabalho esperado dos CAPS é de fundamental importância a equipe de trabalhadores. A equipe é composta por trabalhadores de nível superior, de nível médio e ainda por funcionários de apoio para os trabalhos de limpeza e cozinha. O tamanho da equipe é variável, de acordo com a complexidade/ porte do CAPS. Todos contribuem para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico, porém a equipe de nível superior, por seu saber específico, é a maior responsável pela possibilidade de efetivar a transformação da atenção e, por seu poder ideológico, influenciar uma mudança cultural nos outros trabalhadores, usuários, familiares e sociedade em geral. Nesse sentido, para que os serviços CAPS consigam atingir plenamente todos esses objetivos, será necessário, além de planejamento, organização e gerenciamento da instituição, que os trabalhadores estejam preparados para o desempenho dessas funções.

Tomando-se por base essa preocupação, com a formação das equipes dos CAPS, o Ministério da Saúde publicou a Portaria n.º 1.174 (MS/ 2005), criando incentivo financeiro para o desenvolvimento do Programa de Qualificação dos CAPS, que inclui: supervisão clínico-institucional; ações de atenção domiciliar e em espaços comunitários; ações de acompanhamento integrado com a rede de atenção básica no território; realização de projetos de estágio e de treinamento em serviço, em articulação com centros formadores; ações de integração com familiares e comunidade; desenvolvimento de pesquisas, em articulação com centros formadores. (Brasil, 2006) Assim, já se encontram em andamento, programas de qualificação de CAPS, em alguns municípios contemplados com esse incentivo financeiro.

Diante da expansão da rede de serviços CAPS e da proposta assistencial, uma outra medida, já aprovada pelo Ministério da Saúde, é a Estratégia Nacional de Avaliação, Monitoramento, Supervisão e Apoio Técnico aos Centros de Atenção

Psicossocial e outros serviços da rede pública de saúde mental do SUS, aprovada pela Portaria n.º 678 (MS/ 2006). Este processo será desenvolvido por meio do estabelecimento de parceria entre o Ministério da Saúde e instituições de ensino, com o objetivo de pesquisar e produzir conhecimentos para avaliação e aperfeiçoamento dos CAPS e demais serviços da rede pública de saúde mental, focalizando desde a acessibilidade, a organização dos serviços, a gestão, a qualidade da atenção, a efetividade, a formação dos profissionais e a produção de qualidade de vida e cidadania dos usuários envolvidos. (Brasil, 2006)

Essas iniciativas demonstram que o desenvolvimento das políticas públicas para a área de saúde mental vem sendo acompanhado da preocupação com a qualificação dos serviços e dos trabalhadores.

1.3 Objetivos do Estudo

No contexto descrito até o momento, verifica-se que as diretrizes da Reforma Psiquiátrica vêm se consolidando como política oficial do governo federal, com base na construção de uma rede de atenção à saúde mental, que identifica os CAPS como dispositivos estratégicos, para a substituição do hospital psiquiátrico e a articulação de recursos do território, promovendo a inclusão social e os direitos das pessoas com transtornos mentais. A maioria dos 800 CAPS do Brasil tem pouco tempo de existência, com equipes novas e com um grande desafio e responsabilidade na consolidação das propostas governamentais.

Os estudos já realizados, assim como as observações da vivência cotidiana da própria pesquisadora em um serviço CAPS, demonstram que o modelo de atenção tradicional é prevalente, nos serviços de saúde mental e também nos CAPS. A própria política de saúde mental reconhece a necessidade de avaliar e qualificar os serviços CAPS e seus trabalhadores, para a consolidação da proposta de atenção em saúde mental.

Dessa forma, a presente investigação elegeu como objeto de estudo as práticas de trabalho da equipe multiprofissional de um serviço CAPS, em relação aos pressupostos do Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil e às diretrizes da política nacional de saúde mental.

Os objetivos da pesquisa são:

- caracterizar o perfil dos trabalhadores da equipe multiprofissional;
- identificar as concepções teóricas que orientam as ações do trabalho da equipe multiprofissional;
- analisar essas ações, mediadas pelo saber-fazer dos trabalhadores, em relação às diretrizes da política nacional de saúde mental para os CAPS.

A reflexão e a problematização das práticas realizadas pela equipe multiprofissional de um CAPS, à luz das políticas públicas para a saúde mental, têm como finalidade contribuir para a consolidação da transformação do modelo de atenção e subsidiar a formulação de programas de qualificação para trabalhadores dos CAPS e de outros serviços de saúde mental.

2 CAMINHO METODOLÓGICO

2.1 Referencial teórico-metodológico

A abordagem escolhida, para esta investigação, ancora-se no referencial teórico-metodológico do materialismo histórico e dialético. Esta escolha implica uma determinada visão de mundo, que considera a realidade social construída historicamente, tendo como categoria central o trabalho realizado pelo homem, que transforma a natureza em função de suas necessidades e, simultaneamente, por ela é transformado.

Nesse campo de análise, os conflitos não são considerados disfunções de uma determinada sociedade, mas elementos que a lógica dialética compreende como algo permanente e necessário para a transformação e a construção de novos padrões de relação social. Portanto, objetiva-se não somente a compreensão e a interpretação da realidade, mas a sua transformação. (Minayo, 2004)

Baseando-se nessa abordagem, o processo saúde-doença será analisado como um fenômeno social, à luz da teoria da determinação social, considerando que saúde e doença são expressão de um mesmo processo, e que o homem, embora possua o caráter biológico e psicológico, é determinado a partir de sua vida em sociedade. Desse modo, a organização social torna-se uma dimensão fundamental desse processo, tendo uma relação direta com a qualidade de vida e inserção social do homem que, por sua vez, é definida pelo modo como se dão os processos de produção e reprodução social. Essa teoria permite compreender como cada sociedade produz historicamente formas de inclusão (ou exclusão) dos homens nos processos de produção e reprodução social, que resultam em padrões de desgaste (doença) ou potencialidades (saúde). (Fonseca, Egry, Bertolozzi³, 2005)

Para Minayo (2004), nada se constrói fora da história, pois a realidade pode ser entendida como uma totalidade dinâmica compreendendo todas as mediações e correlações existentes, entre o geral e o particular, e vice-versa, para explicação do

³ Fonseca RMGS, Egry EY, Bertolozzi MR. O materialismo histórico e dialético como teoria da cognição e método para a compreensão do processo saúde-doença. Conteúdo de apostila do Curso de Atualização em Saúde Coletiva. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005.

social. Daí o conceito de totalidade em que as coisas estão em constante relação recíproca e a parte está sempre em relação com o todo.

O campo de saberes e práticas em saúde mental também é resultado de uma construção histórica, as concepções teóricas sobre saúde e doença estão referidas a um determinado momento histórico que permitiu sua construção, determinando as diferentes práticas de cuidado e, por esta razão, estão articuladas com processos mais gerais da sociedade.

Na perspectiva marxista, os princípios fundamentais que explicam o processo de desenvolvimento social, com base na evolução histórica, é o materialismo histórico, como teoria científica da história e o materialismo dialético como teoria filosófica. A concepção materialista histórica é um caminho teórico fundamentado no modo humano de produção social, ou seja, o homem relaciona-se com a natureza e com os outros homens na vida real. O material refere-se à designação das condições primárias da vida humana, colocando a relação homem-natureza-sociedade como geradoras das transformações sociais, e o contexto do desenvolvimento do trabalho humano, como relação primária entre homem e natureza, e entre os homens e seus semelhantes. (Minayo, 2004)

O método dialético, aliado à noção histórica de construção social, aponta para a dinâmica do real na sociedade: processo dinâmico, provisório e em transformação do homem e pelo homem. Busca apreender o homem em sua prática social e critica as ideologias científicas que distanciam o sujeito e o objeto, pois sendo ambos históricos estão “comprometidos com os interesses e as lutas sociais de seu tempo”. (Minayo, 2004: 65)

Na medida em que a teoria materialista histórica “sustenta que o conhecimento efetivamente se dá **na e pela** práxis” (Frigotto, 1994: 81, grifo nosso), torna-se importante salientar que nessa abordagem, o conhecimento crítico de uma determinada realidade pode esvaziar-se caso não haja uma ação para transformá-la. Por essa razão, o materialismo histórico e dialético é também considerado uma práxis, entendida como uma unidade indissolúvel de teoria e ação.

A lógica dialética parte do princípio de que a realidade é contraditória e está em constante transformação. Na dialética materialista, a realidade é material, portanto, a contradição surge entre homens, nas condições históricas e sociais reais. Há três fases explicativas para a transformação da realidade pela lógica dialética: a tese, a antítese e a

síntese. A tese e a antítese são antagonistas e a síntese é a superação da contradição negando e simultaneamente conservando aspectos do que foi negado. (Egry, 1996)

As leis gerais da dialética podem ser explicitadas em três: lei da unidade e luta dos contrários onde a contradição é oposição, mas também unidade, pois um lado inexistente sem o outro; lei da passagem da quantidade à qualidade que diz respeito ao processo de transformação das coisas por meio do acréscimo de mudanças em quantidade resultando em mudança qualitativa; lei da negação da negação, da interação das forças contraditórias, em que uma nega a outra, deriva um terceiro momento: a síntese, que é o surgimento do novo, porém, preservando elementos do que havia anteriormente. (Egry, 1996)

Tendo sido eleito como objeto de estudo, nesta investigação, as práticas de trabalho realizadas pela equipe multiprofissional de um CAPS, torna-se importante delimitar em que dimensão da realidade optou-se por fazer esta análise. Ao estudar o fenômeno das práticas em saúde mental, compreendeu-se como categorias de análise o conjunto de noções que ajudam a desenvolver um conhecimento teórico sobre esta realidade, em seu prisma operacional, ou seja, noções que estejam muito próximas ao objeto da investigação.

Nessa perspectiva, uma categoria analítica utilizada foi a práxis, como atividade humana transformadora da natureza, considerada uma unidade indissolúvel e dialética entre teoria e ação. No processo dialético de abordagem da realidade, um dos objetivos que se apresenta é a possibilidade de elaboração de uma prática que a transforme tanto no plano do conhecimento, como no plano histórico-social: uma práxis.

Toda práxis é atividade, mas nem toda atividade é práxis. Para Vázquez⁴, citado por Egry, a atividade humana se verifica quando a ação sobre um objeto, para transformá-lo, se inicia com uma finalidade e termina com um produto efetivo real. A finalidade é a expressão de uma atitude do homem ante uma realidade que ainda não existe como produto, mas existe enquanto consciência. (Egry, 1996)

A atividade da consciência é considerada teórica, e por si só, não leva a uma transformação da realidade. A essa atividade, de formulação de finalidades, deve se agregar uma ação objetiva e transformadora da realidade para tornar-se práxis, caso contrário é somente uma produção teórica. Do mesmo modo, uma ação reiterativa sobre a realidade, não mediada pela finalidade consciente de transformação, não se torna

⁴ Vázquez AS. A filosofia da práxis. 2.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1977.

práxis e configura-se na atividade alienada. No estudo das práticas da equipe multiprofissional do CAPS, pretende-se utilizar essa categoria como baliza para a análise das atividades.

No materialismo histórico e dialético, postula-se que, sobre a base econômica da sociedade, ergue-se uma superestrutura social, que mantém uma relação dialética com esta. Assim como os homens estabelecem relações de produção, presentes na base econômica, também estabelecem relações sociais, que têm como base a chamada consciência social. Tudo o que a humanidade constrói historicamente é acumulado e transmitido em diversas formas de manifestação, por meio de conhecimentos, conceitos e idéias, refletidas pela consciência social. (Fonseca, Egry, Bertolozzi⁵, 2005)

Os aspectos internos da consciência social referem-se à ideologia e são utilizados pelos homens, para a interpretação dos acontecimentos da vida social. A ideologia é um sistema organizado de idéias sobre a vida, que é utilizado pelos homens para interpretar os fatos, expressando os interesses e necessidades fundamentais da sociedade a qual pertencem. Em outras palavras, é um conjunto de representações (idéias e valores), normas ou regras que indicam aos membros de uma sociedade o que devem pensar, valorizar, sentir e fazer. (Chauí, 1986)

Na sociedade capitalista ou de classes, a ideologia reflete as necessidades e os interesses de classe, portanto, a função da ideologia é a interpretação das desigualdades sociais mediante idéias racionais e não de relações de produção. Em termos gerais, a ideologia dominante tem por função manter a dominação e exploração da força de trabalho, assegurando a acumulação e a reprodução do capital, característica do capitalismo.

Nesta pesquisa, considerou-se ideologia como uma segunda categoria analítica, por traduzir as concepções produzidas e reproduzidas, no contexto de visão de mundo dos homens. Segundo Egry (1996), pode-se afirmar que quanto mais ideológica for uma concepção, menos explícita é a sua referência teórica e, portanto, mais reiterativo, normativo e menos transformador é o ponto de vista.

Portanto, ao eleger práxis e ideologia como categorias de análise, pretende-se utilizar estes conceitos, na compreensão das práticas desenvolvidas no CAPS, segundo

⁵ Fonseca RMGS, Egry EY, Bertolozzi MR. O materialismo histórico e dialético como teoria da cognição e método para a compreensão do processo saúde-doença. Conteúdo de apostila do Curso de Atualização em Saúde Coletiva. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005.

o referencial do materialismo histórico e dialético, que identifica o homem e seu trabalho como transformadores da natureza e de si próprios.

2.2 Procedimentos de coleta e análise dos dados

Tipo de pesquisa, cenário e sujeitos do estudo

Para este estudo, optou-se pela elaboração de uma pesquisa qualitativa, considerando que os fenômenos humanos e sociais são especialmente complexos, contraditórios e marcados pelo potencial singular das relações interpessoais e sociais:

Os pesquisadores que adotaram essa orientação se subtraíram à verificação das regularidades para se dedicarem à análise dos significados que os indivíduos dão às suas ações, no meio ecológico em que constroem suas vidas e suas relações, à compreensão do sentido dos atos e das decisões dos atores sociais ou, então, dos vínculos indissociáveis das ações particulares com o contexto social em que estas se dão. (Chizzotti, 2001: 78)

Segundo o autor, a opção pela pesquisa qualitativa significa uma oposição ao padrão adotado, em geral, pelas ciências da natureza que tendem a quantificar, mensurar e traduzir os fenômenos em explicações gerais. Um outro aspecto, apontado ainda em sentido contrário às abordagens tradicionais, é a relação dinâmica existente entre o mundo real e os sujeitos, em que o pesquisador é parte integrante do processo de conhecimento e, portanto, atribui significados aos fenômenos desde seu interior e relacionando-se com eles.

A pesquisa foi realizada no CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira, serviço público vinculado à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, existente há dezenove anos no município de São Paulo. Este CAPS representou um marco histórico no contexto do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Implantado em 12 de março de 1987, tinha como proposta a criação de um espaço de tratamento que transcendesse a intervenção sintomatológica, para pessoas com quadros mentais graves, constituindo-se em lugar de investigação e formação de recursos humanos para os serviços de saúde da rede pública. (Goldberg, 1994)

O CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira foi a primeira unidade da rede pública, no Brasil, a oferecer tratamento intensivo e de qualidade, extra-hospitalar, para pessoas com grave comprometimento psíquico e seus familiares. Durante muitos anos funcionou como campo de experimentação de práticas, desenvolvendo e implantando importantes projetos de inclusão social e contribuindo para a melhoria da assistência para pessoas portadoras de transtornos mentais severos e persistentes. Nessa instituição, muitos profissionais realizaram estágios, aprimoramentos e pesquisas ampliando seus conhecimentos na área de saúde mental e contribuindo para a construção de serviços semelhantes em todo o país.

A instituição passou por inúmeras reformulações em seu projeto assistencial, sendo que a mais ampla teve início em outubro de 1996, quando, em função de um convênio firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e a Universidade de São Paulo, o CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira e o Ambulatório de Saúde Mental Centro passaram a sediar o Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental (PIDA Saúde Mental). A Universidade de São Paulo estava representada no convênio pela Escola de Enfermagem, o Curso de Terapia Ocupacional e o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina, que se desligou após os primeiros anos. Embora a proposta de um projeto docente assistencial estivesse presente desde o momento da implantação do CAPS, o PIDA Saúde Mental formalizou esta idéia, ampliando a prática de ensino e de pesquisa, que sempre esteve viva na instituição.

Em 2002, esse serviço foi cadastrado como CAPS II nos moldes preconizados pela Portaria n.º 336 (MS) e no final do mesmo ano recebeu o cadastramento como CAPS III, apesar de nunca ter funcionado nessa perspectiva, por não haver sido solucionadas as pendências, por parte da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Uma outra particularidade desse serviço é que ele permaneceu sob o gerenciamento estadual, enquanto todas as demais unidades de atenção à saúde mental foram municipalizadas, segundo os preceitos do SUS. A razão do CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira não ter sido municipalizado, naquele momento, era a existência de um projeto para transformá-lo em Centro de Referência em Saúde Mental que o manteria na esfera estadual.

No ano de 2004, dois acontecimentos provocaram uma grande desestabilização na instituição. A coordenação do CAPS foi afastada, repentinamente, pela Secretaria de Saúde e algum tempo depois, o PIDA Saúde Mental foi interrompido, por várias razões,

que mereceriam uma reflexão detalhada, não se constituindo em objetivo neste estudo. Estes fatos geraram, num primeiro momento, um processo de intervenção por parte da Secretaria de Saúde e, posteriormente, foi escolhida uma nova coordenação entre os membros da equipe.

Mais recentemente, desde o final de 2005, há uma posição da Secretaria de Estado da Saúde de firmar um novo convênio com uma outra universidade, a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), em que esta fará o gerenciamento do CAPS. Até o término desta pesquisa, isto ainda não havia ocorrido, porém, é algo que pode vir a transformar o projeto atual do serviço.

A escolha do CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira, como cenário do estudo, teve algumas justificativas. Uma delas é de ordem histórica, pelo fato deste CAPS ter sido o primeiro do Brasil, na rede pública e, apesar de todas as mudanças políticas e institucionais, é um projeto que se manteve por dezenove anos. Por outro lado, embora seja uma instituição antiga, tem uma equipe nova, pois quase todos os trabalhadores antigos, já se desligaram do CAPS. Além disso, cabe salientar que dos dezenove anos de existência do serviço, a pesquisadora fez parte da equipe nos últimos catorze, participando por longo tempo dos processos de construção e transformação do projeto institucional, com o qual tem muita familiaridade.

Os sujeitos da pesquisa foram os trabalhadores da equipe técnica de nível superior. Embora todos os trabalhadores de um CAPS tenham responsabilidade pela atenção e cuidado em saúde mental, a equipe técnica utiliza instrumentos específicos em seus processos de trabalho, geralmente estabelecidos nos cursos de graduação e pós-graduação. São, portanto, detentores de saberes especializados, geralmente não compartilhados com o coletivo institucional e eventualmente usados como instrumento de dominação.

Embora na sociedade capitalista em que vivemos todos os trabalhadores do CAPS sejam assalariados, caracterizando-se como força de trabalho, cabe ressaltar que esses se diferenciam pela classe social a qual pertencem. Para a operacionalização do conceito de classe social quatro elementos devem ser considerados: a relação do homem com os meios de produção, o lugar que ele ocupa no sistema de produção historicamente determinado, o papel por ele desempenhado na organização social do trabalho e, ainda, a forma e o montante da riqueza socialmente produzida que lhe cabe.

(Fonseca, Egry, Bertolozzi⁶, 2005)

Por essa conceituação, verifica-se que os trabalhadores da equipe técnica pertencem à chamada nova pequena burguesia, na qual detêm o controle técnico dos meios de produção e tendem a ser transmissores de ideologias, exercendo poderes sobre os demais trabalhadores. Estudar as práticas dos trabalhadores técnicos, tendo como finalidade contribuir com elementos para a qualificação destes e a melhoria da atenção à saúde mental, é, também, pelo poder desta equipe influenciar ideologicamente os demais trabalhadores, promover possibilidades de mudanças na equipe como um todo.

Coleta de dados

Após a aprovação do projeto de pesquisa, junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (ANEXO I), este foi encaminhado à coordenação do CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira, para apreciação e avaliação do interesse da instituição no estudo. Tendo sido autorizada a realização da pesquisa no serviço (ANEXO II), o projeto foi apresentado em reunião geral do CAPS, situação esta que proporcionou os esclarecimentos gerais necessários aos sujeitos da pesquisa e aos demais componentes do quadro de funcionários.

Antes de iniciar a coleta de dados, foi realizado um contato com um dos coordenadores do CAPS, que atualmente ocupa o cargo de Diretor Técnico de Serviço de Saúde, segundo denominação da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Nesse contato, procurou-se obter informações formais sobre a organização do serviço, a composição da equipe e as atividades do cotidiano institucional.

A coleta de dados com os trabalhadores de nível superior da equipe multiprofissional foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas e divididas em duas partes (ANEXO III). A primeira parte da entrevista procurou traçar o perfil dos trabalhadores de nível superior do CAPS, para saber quem são e qual o percurso de formação profissional deste grupo, até sua entrada no serviço público e mais especificamente no CAPS. A segunda parte teve como meta a abordagem das práticas

⁶ Fonseca RMGS, Egry EY, Bertolozzi MR. O materialismo histórico e dialético como teoria da cognição e método para a compreensão do processo saúde-doença. Conteúdo de apostila do Curso de Atualização em Saúde Coletiva. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005.

realizadas pelos trabalhadores, por meio da narração de uma situação de atenção em saúde mental, vivenciada e considerada expressiva do trabalho destes no serviço CAPS, questionando os conhecimentos utilizados na atenção e as relações entre as práticas realizadas e os objetivos do CAPS, no contexto da política pública de saúde mental.

As entrevistas foram realizadas individualmente, no período de 30/09/05 a 07/11/05, e gravadas em fita cassete, para posterior transcrição e tratamento dos dados, mediante o esclarecimento e a autorização dos entrevistados expressa no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cujo modelo encontra-se no ANEXO IV.

A equipe de trabalhadores de nível superior do CAPS, no momento da pesquisa, era de trinta e um técnicos sendo assim composta: onze médicos, dez psicólogos, quatro assistentes sociais, dois enfermeiros, um terapeuta ocupacional, um farmacêutico, um dentista e um nutricionista. Desses trinta e um profissionais, dois deles, um médico e um psicólogo, ocupam cargo de coordenação, exercem somente funções gerenciais e não foram incluídos como sujeitos do estudo, assim como a própria pesquisadora por razões óbvias.

Considerou-se a totalidade de vinte e oito profissionais, dos quais vinte e um efetivamente participaram do estudo, número este correspondente a 75% do total de trabalhadores de nível superior da equipe. A não-participação de sete dos componentes da equipe foi justificada pelos seguintes motivos: três encontravam-se em licença, dois em férias, um recusou participação e por fim, uma das entrevistas realizada foi excluída por ter sido usada para avaliação do instrumento de coleta de dados, o qual foi modificado.

Dessa forma, os sujeitos entrevistados da equipe multiprofissional foram vinte e um de acordo com as seguintes categorias profissionais: nove médicos, cinco psicólogos, dois assistentes sociais, um enfermeiro, um terapeuta ocupacional, um farmacêutico, um dentista e um nutricionista.

Técnica de análise

Para o tratamento dos dados, utilizou-se a hermenêutica dialética, segundo a proposição de Minayo (2004). Para essa autora, este método, diferentemente das tecnologias de interpretação de textos, se apresenta como um caminho de pensamento e

preocupa-se com a explicação e a interpretação de um pensamento, na busca da compreensão de sentido na comunicação entre os homens. Sendo assim, a linguagem é o núcleo central da comunicação que, como o homem, se constitui historicamente e sua compreensão está localizada na história, num ponto no tempo e no espaço.

O pesquisador pode ampliar os horizontes da comunicação e da compreensão, porém não escapa da história, faz parte e sofre os preconceitos desta. “O fato de pertencermos a determinado grupo social, a determinado tempo histórico, de possuímos determinada formação, faz que a compreensão hermenêutica seja inevitavelmente condicionada pelo contexto do analista.” (Minayo, 2004: 221)

Quando a comunicação é trazida para o campo das questões práticas, a hermenêutica relaciona-se com a práxis e além de compreender a linguagem, compreende a orientação e modificação da ação. Linguagem e práxis se interpretam mutuamente. No tratamento dos dados, a hermenêutica traz para um primeiro plano as condições cotidianas da vida e promove uma compreensão sobre suas estruturas, orientando-se por um consenso possível entre o sujeito agente e aquele que busca compreender. (Minayo, 2004)

Para Habermas⁷, em texto de Minayo, os pressupostos metodológicos da Hermenêutica, para o tratamento do material comunicativo seriam: a) o pesquisador deve ter clareza do contexto dos entrevistados, pois o discurso demonstra um saber compartilhado; b) considerar responsabilidade nas entrevistas, não podendo duvidar da seriedade das informações; c) somente compreender o significado do texto quando tornar presentes as razões que o autor teria para elaborá-lo; d) ao mesmo tempo em que compreende o texto, o pesquisador deve julgá-lo e posicionar-se em relação a ele; e) a interpretação bem sucedida é aquela em que o autor poderia compartilhar da explicação, caso pudesse estar no mundo do pesquisador. (Minayo, 2004)

A concepção dialética contida no método pode ser evidenciada em alguns elementos que enfatizam a diferença, o contraste, o dissenso e a unidade de sentido. A complementaridade da hermenêutica e da dialética pode ser observada pelo fato de que ambas têm em seu núcleo a idéia das condições históricas de qualquer manifestação; partem do princípio de que não há observador imparcial, nem há ponto de vista fora do homem e fora da história; são modos pelos quais o pensamento produz racionalidade, contrapondo-se aos métodos das ciências positivas, que se colocam como exteriores, e

⁷ Habermas J. Dialética e hermenêutica. Porto Alegre. Ed. L.P.M.; 1987.

ambas estão referidas à práxis, e mostram que seu domínio objetivo está determinado pela história. (Minayo, 2004)

A união da hermenêutica com a dialética leva a que o intérprete busque entender o texto, a fala, o depoimento como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem) ambos frutos de múltiplas determinações mas com significado específico. Esse texto é a representação social de uma realidade que se mostra e se esconde na comunicação, onde o autor e o intérprete são parte de um mesmo contexto ético-político e onde o acordo subsiste ao mesmo tempo que as tensões e perturbações sociais. (Minayo, 2004: 227)

Com base nessas premissas, há dois níveis a ser abordados. O primeiro é o campo das determinações fundamentais, cujo contexto sócio-histórico do grupo pesquisado constitui-se no marco teórico para a análise e o centro da análise é a prática social ou a ação humana considerada como resultado de condições anteriores. É a captação de movimentos contraditórios, dinâmicos e inacabados, que configuram determinadas concepções, fruto de condições dadas e, simultaneamente, produto da ação transformadora do grupo social estudado sobre o meio social.

O segundo nível de abordagem é o encontro com os dados empíricos, que além de trazerem significações particulares são também reveladores do todo. Para a interpretação desses dados são elaboradas categorias empíricas capazes de captar as contradições do nível empírico em questão.

Operacionalmente, o tratamento dos dados foi realizado em algumas etapas. A primeira envolveu leituras e releituras repetidas do material, numa relação interrogativa com este, do qual foram extraídos trechos dos discursos dos entrevistados, que continham idéias centrais e relevantes. Em seguida, o material foi organizado, a começar das relações apreendidas entre as questões elaboradas no roteiro de entrevistas, as perguntas suscitadas pelos dados empíricos e as propostas do estudo, ou seja, extraíram-se temas contidos em trechos dos discursos dos trabalhadores, que constituíram as seguintes categorias empíricas: os trabalhadores do CAPS; as concepções de saúde e doença mental; os processos de trabalho da equipe do CAPS; a compreensão da política de saúde mental e o modelo de atenção CAPS.

Consideraram-se os discursos como produto e expressão social de mundo, de um determinado segmento, em relação à sociedade dominante. Sendo assim, o objeto investigado, as pessoas concretas implicadas, a pesquisadora e seu sistema de representações teórico-ideológicas, as técnicas da pesquisa, e todo o conjunto de

relações interpessoais e de comunicação simbólica estão mergulhados num momento histórico repleto de contradições. (Minayo, 2004)

A última etapa de operacionalização foi a análise final, momento de diálogo entre o entendimento da pesquisadora, em torno do material empírico, e as outras referências teóricas presentes no campo de conhecimentos. De acordo com a fundamentação dialética, coloca-se dúvida sobre as idéias evidentes e produz-se “uma nova aproximação do objeto: o pensamento antigo que é negado, mas não excluído, encontra outros limites e se ilumina na elaboração presente” construindo a “superação dialética”. (Minayo, 2004: 234)

Dessa forma, o produto final é um resultado, sempre provisório e em transformação, de todas as etapas da pesquisa e do movimento dialético entre o material empírico e a teoria. Este produto revelou as especificidades do objeto de estudo, a visão de mundo dos sujeitos envolvidos e o momento da práxis da pesquisadora.

Dando início à análise do material empírico, segundo a organização em categorias, abordaremos as representações de saúde e doença mental evidenciadas pelo discurso dos trabalhadores.

3 AS CONCEPÇÕES DE SAÚDE E DOENÇA MENTAL

A análise das entrevistas com os trabalhadores revelou a presença de diferentes interpretações do processo saúde-doença mental. Partiu-se do pressuposto de que a noção de saúde e de doença mental vem sendo construída social e historicamente, e reflete o desenvolvimento do conhecimento humano na interpretação dos fatos sociais. Nesse sentido, observa-se que convivem, nos discursos dos trabalhadores, diversas concepções, que permitiram o resgate histórico do modo como o conhecimento sobre saúde e doença mental foi se constituindo.

Na sociedade primitiva, o pensamento do homem estava submetido a forças sobrenaturais, de caráter mitológico-religioso, que determinavam a ordem dos acontecimentos da vida. A concepção de doença não escapava a esta visão de mundo e sua causa estava relacionada à ação dessas forças sobrenaturais, que atuavam sobre o indivíduo de forma inexplicável.

Pode-se afirmar que, apesar dos avanços do conhecimento humano, ainda hoje, existem concepções, principalmente religiosas, para explicar os transtornos mentais ou possíveis “enfraquecimentos espirituais” que favoreceriam a instalação da doença, como verificado no trecho extraído do discurso dos trabalhadores do CAPS:

“(...) tenho visões pouco ortodoxas também em relação a manifestações espirituais (...) creio que haja dentro da esquizofrenia, da depressão, enfraquecimentos espirituais que possibilitem sofrimentos alheios à doença, a mais da doença (...).”

No Renascimento (século XVI), houve um grande desenvolvimento da filosofia, que permitiu a assunção do homem como ser da razão, proposto por Descartes, fundador do Racionalismo moderno, distinguindo a existência humana da existência de Deus. A fundação do homem, como ser da razão, o libertou da regência divina, porém, criou uma outra forma de existência na humanidade: os homens sem razão. (Aranha e Silva, 2003)

A prática social encontrada para ordenar as relações com os homens sem razão, no século XVII, foi a da “grande internação”, caracterizada pela criação de um lugar, o Hospital Geral, de assistência aos pobres, ladrões, loucos e toda sorte de homens que não se enquadravam na ordem social. O hospital geral era um instrumento de controle

social regulado por medidas disciplinares.

De outro lado, a medicina, a partir do século XVIII, passa a compreender a doença como um fenômeno natural, devido à ação do meio sobre o indivíduo e, nessa perspectiva, dirige a intervenção médica sobre o meio circundante. Portanto, a junção dessas duas características, disciplina e saber médico, transformam o hospital em um espaço privilegiado de abordagem da doença. (Foucault, 2005)

No contexto da Revolução Francesa e seus ideais de liberdade, igualdade e fraternidade, e posteriormente da Revolução Industrial iniciada na Inglaterra, ocorre um resgate dos pobres não loucos, à sociedade, fundamentais para constituir a força de trabalho da indústria nascente.

Os loucos, por serem considerados incapazes, são assim definidos como alienados mentais e destinados ao asilamento, para a descoberta da verdade objetiva da loucura. É o homem, fora do seu meio, para revelar “a Natureza, a Verdade e a Moral, isto é, a própria razão”. (Foucault, 2005: 471) A partir de então, o conceito de alienação mental norteou o tratamento que deveria ser empreendido em regime de internação, e conduzido pela medicina, dando origem à psiquiatria como especialidade do campo médico.

A concepção alienista, da qual Philippe Pinel⁸ foi um dos protagonistas, era baseada na medicina classificatória, isto é, a doença não dependeria de uma localização no corpo humano e a observação de sinais e sintomas manifestos no curso natural do desenvolvimento da doença é que determinaria a chamada nosografia. (Silva Filho; Barros, Egry, 2001)

O chamado tratamento moral estava baseado em alguns princípios: um saber composto da observação e descrição de sinais e sintomas; uma relação de poder do médico, que sabe e exerce sua vontade sobre o doente; e um lugar, o asilo, para o exercício deste saber e poder, isolando o doente de tudo o que poderia mascarar a verdade da loucura e disciplinando-a. (Aranha e Silva, 2003)

No Brasil, os primeiros textos produzidos sobre alienação mental tinham como referência Esquirol, discípulo de Pinel, que estabelecia o nível das paixões como determinante das afecções mentais, em detrimento da razão. Para Esquirol, uma conduta normal era um bom ajuste entre o nível intelectual (razão) e a vontade (paixão). Sua

⁸ Philippe Pinel foi indicado para o Hospital de Bicêtre, em Paris, no ano de 1793, com o propósito de desenvolver uma forma de tratamento aos alienados, quando o asilamento tornou-se uma medida de caráter médico. Ver em: Foucault M. História da loucura na Idade Clássica. 8.ed. São Paulo: Perspectiva; 2005.

teoria surge baseando-se no estudo e classificação das monomanias, em que podia observar estados de razão alternando com paixão. (Barros, Egry, 2001)

O desenvolvimento da medicina, do final do século XVIII, funda a medicina clínica, proveniente de uma experiência pedagógica, instaurando uma nova relação entre o olhar médico e a essência das doenças.

Posteriormente, essa medicina dos sintomas, se dissipará instituindo a morte como forma de conhecer a vida e a doença. Surge a anatomopatologia, promovendo o encontro da doença com sua localização corporal e o aparecimento da medicina científica, no início do século XIX, quando a doença perde a conotação metafísica e adquire um discurso racional.

Essa transformação ocorre num período da expansão das forças produtivas, quando o Estado começa a se constituir na forma política que hoje conhecemos. É nesse momento que o saber médico se coloca a serviço de uma estrutura social, que precisa, para se reproduzir, apropriar-se do corpo (que transforma em força de trabalho) e do tempo (que transforma em tempo de trabalho) dos indivíduos. (Silva Filho, 2001: 82)

Com o desenvolvimento da medicina científica, a prática alienista começa a ser questionada por seu afastamento da racionalidade médica, mantendo somente sua resposta a uma demanda social e política de controle e tutela dos loucos. O alienismo é considerado ultrapassado, por esgotar-se em nosografias e nada acrescentar ao saber médico. (Silva Filho, 2001)

Desde o nascimento da psiquiatria e da terapêutica proposta por Pinel, o pensamento médico-psiquiátrico desenvolveu-se, desde o século XIX, em duas grandes correntes psiquiátricas hegemônicas presentes até a atualidade. A primeira, de caráter teórico-conceitual, desenvolveu-se segundo o estabelecimento da nosografia, que posteriormente inspirou a psicopatologia, e a segunda corrente, a anátomo-investigatória, iniciada pelas investigações biológicas com o objetivo de localizar a sede orgânica da doença mental. (Aranha e Silva, 2003)

No contexto do desenvolvimento do conhecimento médico anatomo-patológico, surgem as primeiras concepções de doença mental, com a teoria da degenerescência de Morel, que preconizava um dano cerebral de transmissão hereditária e aquisição por diversas causas: intoxicações, alcoolismo, malária e males congênitos. Na Alemanha, Kraepelin, em 1892, desenvolve estudos anatomo-clínicos e propõe dois grupos de doenças: a loucura maníaco-depressiva e a demência precoce. Destaca-se ainda Bleuler, que introduziu o termo esquizofrenia (esquizo: cisão, frenia: mente), em 1911, para

definir uma doença psíquica caracterizada, basicamente, pela cisão do pensamento, do afeto, da vontade e do sentimento subjetivo da personalidade. (Aranha e Silva, 2003)

Dessa forma, a psiquiatria veio, ao longo dos anos, produzindo tentativas de fundamentação científico-positivista, mantendo como seu objeto de saber e prática a doença mental, entendida como algo localizado nos indivíduos, cuja intervenção pode ser resumida em: circunscrever um determinado problema (a doença) e encontrar uma solução racional (a cura). Entretanto, a própria psiquiatria se constitui numa prática desconfirmadora do paradigma racionalista, ao se ocupar de um objeto, a doença mental, que é bastante desconhecida, freqüentemente incurável e de causa indeterminada e indefinida. (Rotelli, De Leonardis, Mauri, 1990)

Com a descoberta da clorpromazina, nos anos de 1950, a psicofarmacologia ofereceu um fundamento biológico e um instrumento terapêutico à psiquiatria, com alguma possibilidade de controlar as manifestações da doença mental, embora não fosse capaz de realizar uma cura efetiva. Outros novos medicamentos foram descobertos e o são até hoje, de modo que se tornaram suportes da prática psiquiátrica, praticamente identificados com ela. (Birman, 2001)

No discurso dos trabalhadores, pôde ser observada essa relação, na qual doença torna-se sinônimo de medicação, e a esta é atribuído o caráter exclusivo do controle das crises, como se vê nas frases temáticas que seguem:

“E medicação (...) uma coisa que tem que estar ali, porque ele é doente, ele vai precisar desse suporte (...).”

“(...) ele [usuário] ficava um tempo, daqui a pouco ele negava a tomar remédio, voltava a entrar em crise (...) ele foi internado em duas ocasiões pelo mesmo motivo (...).”

A psiquiatria, a partir da descoberta dos psicotrópicos e dos avanços das neurociências, encontrou as bases científicas tão almejadas durante sua história, porém eliminou a presença da experiência subjetiva do doente, na emergência do fenômeno da loucura. Pela mediação da psicofarmacologia, a figura da enfermidade ganhou, em sua construção, novos procedimentos e operações teóricas. (Birman, 2001)

Há uma perspectiva funcional e a pretensão de regulação do transtorno pelo medicamento, descontextualizando o “ser da doença” da noção histórico-social. Para a atual psiquiatria biológica, as queixas e sintomas servem apenas para a determinação do diagnóstico e definição do medicamento a ser utilizado, ou seja, para a regulação de

uma disfunção.

Observa-se, em trechos dos discursos dos trabalhadores, a necessidade de produção de um diagnóstico, diferenciando “o que era social”, ou seja, isolar o sujeito de sua vida, como condição para iniciar uma abordagem:

“(...) um paciente que apareceu [no CAPS] (...) como morador de rua e aí a gente teve que fazer um trabalho primeiro de identificação diagnóstica, assim pra poder até diferenciar o que que era social do que era psicopatológico (...).”

Segundo Birman (2001), há uma verdadeira inversão, decorrente da influência da indústria farmacêutica, que transforma o psicofármaco em operador obrigatório no modo de pensar as enfermidades psíquicas. Em outras palavras, a ação dos medicamentos passa a determinar uma psicopatologia, transformada em transtornos que passam a ser regulados pelos psicofármacos. Esta mudança pode ser verificada a partir da importância que vem sendo atribuída aos diagnósticos em psiquiatria.

Os manuais psiquiátricos, a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) e o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM) têm como objetivo constituir uma linguagem comum para os psiquiatras em termos diagnósticos e descrever os transtornos estabelecidos estatisticamente.

Fundar uma prática de diagnóstico com base no consenso estatístico de termos relativos a transtornos – que, por conseguinte, devem ser eliminados com medicamentos – é abandonar a clínica feita de sinais e sintomas que se ligam a uma estrutura clínica, ou seja, à estrutura do próprio sujeito. (Quinet, 2001: 75)

Pode-se afirmar que os rumos atuais da psiquiatria são ainda mais reducionistas do que anteriormente, pois se perde de vista qualquer possibilidade de pensar no sujeito singular, que, massificado, transforma-se em transtorno. Embora essa visão tenha muitos adeptos e inclusive venha ganhando reforços com base nas pesquisas em neurociências, verifica-se, no discurso dos trabalhadores, como ela é criticada, mostra-se insuficiente e limitada para a abordagem da problemática que se apresenta:

“(...) esses transtornos psiquiátricos eles vão dominando (...) eu me sinto às vezes bem impotente diante disso, das questões da psiquiatria (...) você não pode fazer nada (...) chega um momento em que chega, parou, não consigo mais.”

“(...) o paciente delirante na psiquiatria atual (...) a postura (...) é niilista porque a medicação age pouco (...) a formação acadêmica em relação a isso é muito cética.”

“(...) essa tendência da medicina: decidi, fiz diagnóstico, mediquei e abafei o negócio, isso não existe (...).”

“(...) o DSM IV, ele é lindo, tudo lindo, chega aqui, você não consegue enquadrar um paciente em nenhum diagnóstico, eu acho que a nossa profissão é muito complicada, então tratar o paciente é mais complicado ainda.”

É importante ressaltar que são os próprios psiquiatras que revelam, em seu discurso, o questionamento ao saber psiquiátrico e, portanto, isso pode estar significando uma tentativa de superação ao modelo médico tradicional.

Ao retomar o processo histórico do conhecimento humano sobre a loucura, paralelamente às primeiras teorias psiquiátricas organicistas, deparamo-nos com o surgimento dos fundamentos da psicanálise, trazidos por Sigmund Freud e que influenciaram e ainda influenciam a compreensão do processo de saúde e doença mental. O discurso freudiano, do início do século XIX, propunha a existência do inconsciente, de um funcionamento psíquico e de uma causalidade psíquica em relação à história do sujeito.

Quanto ao sintoma, Freud postulou a idéia de que se tratava de uma solução de compromisso entre o inconsciente e a consciência, ou seja, algo que se produzia, como um acordo, do que era possível à consciência admitir, enquanto expressão do inconsciente. Por esta razão, o que era expresso não era claro, o sintoma se apresentava de uma forma “disfarçada”, como um modo de falar de si:

Antes de tudo, [Freud] considerou a existência de um saber no sintoma. Esse não seria mera negatividade, algo a ser eliminado mediante um procedimento terapêutico, mas antes revelaria sua *positividade* por meio das marcas em que se evocam traços do processo implicado em sua produção. (Birman, 2001: 26 grifo do autor)

Desse modo, as produções desconexas, delirantes, presentes nos quadros psicóticos, também são consideradas sintomas. Para Freud, os delírios eram um determinado saber sobre si e, em decorrência disso, uma tentativa de cura. O reconhecimento dessa concepção psicanalítica está presente nos discursos dos trabalhadores selecionados a seguir:

“(...) [a usuária] veio, e aí começou a trabalhar, pintar e ela tem uma cor linda assim, ela tem uma potência de criação, de cores, de inteligência (...) o transtorno mental [sintoma] está, na verdade, por essa coisa de não dar espaço pra o que ela tem que é uma expressão totalmente original.”

“(...) a minha experiência pessoal cansou de me mostrar pessoas em surtos agudos

falando supostas bobagens que depois você via que não era tão bobagem (...) ela é referente a alguma forma de verdade, o paciente percebeu de uma forma diferente.”

A psicanálise passou a dar sentido, dentro de uma lógica própria do inconsciente, a diversas produções psíquicas que, aos olhos do discurso científico, não tinham qualquer significado, ou melhor, tinham o significado de doença. O reconhecimento dessa produção do inconsciente abriu espaço para a idéia de que é possível constituir um saber sobre essa subjetividade, que é totalmente singular ao sujeito que se revela. Enquanto método de abordagem propunha um espaço em que deveria acontecer a análise da transferência, isto é, na relação com o analista é que estas produções do inconsciente se atualizariam e poderiam tornar-se conscientes.

Com base em sua construção teórica, a psicanálise abriu campo para o desenvolvimento de diversas correntes do conhecimento psicológico, que consideram a construção de uma vida psíquica, ou de uma psicodinâmica em relação às vivências do sujeito. Uma visão menos específica do que a psicanalítica, mas que supõe a configuração de um universo psíquico, encontra-se expressa nos trechos extraídos dos discursos:

“(...) não é que ele simplesmente não está escovando os dentes porque ele não quer, porque ele é preguiçoso, ele tem um comprometimento que não deixa ele enxergar isso e ele não consegue mudar essa atitude.”

“(...) muito daquelas características fazem parte dele [usuário], ele tem que saber lidar.”

Apesar das contribuições da psicanálise e de outras linhas do campo psicológico, pode-se afirmar que, desde a fundação do saber psiquiátrico no final do século XVIII, a sociedade atribuiu a este campo da medicina o poder de distinguir o louco do são. Essa era uma necessidade de normatização da sociedade, indispensável ao bom funcionamento social, já que aos loucos não poderia ser aplicada a punição da lei pela desordem, por serem irresponsáveis.

Na história da humanidade, o período posterior à Segunda Guerra Mundial marcou uma nova fase de questionamento ao papel das instituições asilares, pois, além de serem criticadas por ineficiência, altos custos e níveis de violência, havia novas necessidades sociais, que se ligavam à reconstrução das cidades destruídas pelas guerras e a proteção social como função do Estado, esta revertida em estabelecimento de

direitos humanos, inclusive saúde.

Para Birman e Costa⁹, citados por Amarante (1995), é possível traçar uma periodização dos projetos de reformas psiquiátricas no mundo. Um primeiro período diz respeito às reformas restritas à instituição asilar, representadas pela psicoterapia institucional, na França, e pelas comunidades terapêuticas, na Inglaterra. Estes movimentos tinham em comum a transformação da dinâmica institucional, seja pela participação coletiva de todos os envolvidos nos processos terapêuticos, ou pela identificação de que as relações institucionais eram produtoras de “doença”.

O segundo período de reformas indica tentativas de superação das reformas asilares, para constituírem a terapêutica no meio social, ou seja, como tentativa de transferir o tratamento para a comunidade, deixando este de ser exclusividade do hospital psiquiátrico. O hospital faria parte dos recursos oferecidos para tratamento, estabelecendo-se como um momento deste. Os modelos representativos dessa concepção eram a psiquiatria de setor da França e a psiquiatria preventiva americana.

Por fim, a antipsiquiatria e as experiências de desinstitucionalização italiana constituíram-se em movimentos de um terceiro período de reformas, em que se propunha a instauração de rupturas mais radicais, tanto com as instituições asilares como com o próprio saber e práticas psiquiátricas. (Amarante, 1995)

Historicamente, o desenvolvimento da ciência positivista reforçou a necessidade de uma racionalidade na verificação dos fenômenos, vinculando-se a uma visão idealista de mundo. Nessa visão, o ser humano é um ser ideal e durante sua vida deve buscar assemelhar-se a este ideal. A sociedade, sendo também ideal, determina e regula padrões modelares a serem seguidos pelos indivíduos. Portanto, o ideal de saúde diz respeito à ausência de doença e a um perfeito funcionamento do corpo humano, ou seja, a uma perfeita adaptação ao meio social. (Fonseca, Egry, Bertolozzi¹⁰, 2005)

Segundo Canguilhem¹¹, citado por Barros e Egry (2001), definir a anormalidade é reconhecer um caráter normativo do estado dito normal, um certo padrão considerado válido e desejável, que determina o anormal em relação a este padrão. Esta noção encontra-se manifesta no seguinte fragmento do discurso dos trabalhadores:

⁹ Birman J e Costa JF. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: Amarante P (org.) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994. p.41-72.

¹⁰ Fonseca RMGS, Egry EY, Bertolozzi MR. O materialismo histórico e dialético como teoria da cognição e método para a compreensão do processo saúde-doença. Conteúdo de apostila do Curso de Atualização em Saúde Coletiva. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005.

¹¹ Canguilhem G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense; 1990.

“Primeiro lugar saber o que é ser bom, o que é uma pessoa sã ou não (...). Aí cabe a toda equipe se reunir: ‘Queremos chegar nesse ponto, ter um padrão, que padrão é esse?’”

Essa é uma definição quantitativa que transforma os excessos ou as faltas (em relação a uma norma) em anormalidade. Ainda de acordo com esse autor, em qualquer norma há um julgamento por parte de quem a institui, significando que o caráter normativo reflete algo que se impõe aos homens como norma, podendo inclusive produzir determinadas necessidades sociais. (Barros, Egry, 2001)

Quando se concebe uma sociedade ideal, segundo a corrente do pensamento positivista, estamos diante da visão funcionalista, em que a idéia de estabilidade é coerente com uma boa adaptação ao meio social e tudo que não se adapta é disfuncional e anormal. O pensamento relativo a esta concepção de anormalidade, em contraposição ao estado normal, também pode ser expresso por termos, como desajuste, desequilíbrio, descompensação, como se observa nos trechos a seguir:

“(...) é andar num fio de navalha (...) a gente nunca pode ter muita segurança do que vai acontecer daqui pra frente se ele [usuário] descompensa.”

“Nas horas em que as pessoas estão desequilibradas o acolhimento é muito importante.”

Um dos aspectos, considerados “normais”, na configuração social, é a capacidade para o trabalho. A incapacidade para o trabalho também é considerada, na sociedade capitalista, um sinal de anormalidade e geralmente encontra-se associada à doença ou à desordem. Dos discursos dos trabalhadores pode ser apreendido que, mesmo no espaço onde o instrumento de intervenção é o próprio trabalho, é feita uma relação direta entre a dificuldade de aprendizado e o desempenho de uma função, com a “doença mental”:

“(...) sempre trabalhei com funcionários (...) que não tinham doentes mentais e quando eu me deparei querendo aplicar o meu serviço profissional com eles [usuários] foi difícil (...) porque eu sempre trabalhei com pessoas mais normais, que eu dava o treinamento, aprendia, pronto e aqui não, lógico.”

Junto à noção de anormalidade, encontra-se ainda a idéia de cronificação ou um processo de perdas evolutivas, em que a doença vai produzindo, progressivamente, mais desadaptação. Além disso, há uma idéia de que se algo for feito na fase inicial (da

doença), estas perdas seriam evitadas, pois seria possível talvez, preveni-las:

“A situação de doença mental é uma situação de muita dependência, de muita perda de autonomia, de muita perda de iniciativa, de vontade, etc. (...).”

“(...) se você conseguir dar uma volta nessa fase inicial, ele [usuário] pode começar a contribuir com o próprio tratamento, pode ter potenciais que com certeza depois de dois, três anos se perdem.”

Um dos processos de reforma psiquiátrica, que melhor expressou idéias em relação ao conceito de desadaptação social, foi o proposto, inicialmente nos Estados Unidos, pela Psiquiatria Preventiva, que chegou a ser adotado pelas organizações sanitárias internacionais (OMS e OPAS). Num contexto de críticas ao organicismo mecanicista, esta corrente preconizava a intervenção nas causas e no surgimento das doenças mentais, recolocando no campo da psiquiatria um novo objetivo, reduzir a doença mental nas comunidades, e um novo objeto, a saúde mental a ser promovida. (Amarante, 1995)

O conteúdo que embasava esta nova concepção estava contido na obra de Caplan¹², principal protagonista dessa reforma. Enfim, o preventivismo americano se propunha a abordar não só a doença mental, mas os problemas manifestos pela sociedade dos Estados Unidos.

A partir de uma certa redução de conceitos entre doença mental e distúrbio emocional (que caracteriza o que Caplan define como *crise*), instaura-se a crença de que todas as doenças mentais podem ser prevenidas, senão detectadas precocemente, e de que, então, se a doença mental significa distúrbio, desvio, marginalidade, pode-se prevenir e erradicar os males da sociedade. (Amarante, 1995: 38 grifo do autor)

Diante dessa nova concepção, a base teórica da psiquiatria clássica tornava-se insuficiente, pois o problema da doença mental era encarado como um distúrbio emocional, então, fazia-se necessário buscar aportes em outras disciplinas: a sociologia e a psicologia comportamental, resultando no indivíduo enquanto unidade biopsicossocial, um todo indivisível.

O caráter preventivo é estabelecido em três níveis: prevenção primária, intervenção nas condições de origem, individual ou social, de formação da doença; prevenção secundária, intervenção que busca, precocemente, a realização do diagnóstico e tratamento da doença mental; e prevenção terciária, intervenção na readaptação do

¹² Caplan G. Princípios de psiquiatria preventiva. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1980.

paciente após sua melhora. O conceito que permite a intervenção preventiva é o de crise, entendida como momentos de desadaptação social e a doença mental seria uma consequência de crises sucessivas, de difícil controle e adaptação. (Amarante, 1995)

Entre os discursos dos trabalhadores, além das visões mais gerais, citadas acima, sobre desadaptação e anormalidade, foi possível identificar visões mais claramente alinhadas à concepção preventivista e ao indivíduo como unidade biopsicossocial:

“Uma coisa que pra mim é inédita e que eu estou aprendendo a ver, é ver a coisa pelo prisma social também (...) além do psíquico, do psiquiátrico, do psicológico, tem essa questão social, da miséria, da exclusão, que é muito séria também (...).”

“(...) entender que eram períodos de vida em que o indivíduo tinha um comportamento em função de vários fatores, mais que uma questão biológica, uma questão dinâmica, uma questão de vida, etc. e tal.”

O modelo da psiquiatria preventiva influenciou fortemente as transformações da assistência psiquiátrica no Brasil. Contribuiu para a ampliação do olhar sobre a doença mental, a realização dos tratamentos fora do hospital psiquiátrico, a inclusão da comunidade como um recurso e, ao ampliar o campo de intervenções, abriu espaço para outros profissionais atuarem junto à saúde mental.

No entanto, também foi um modelo criticado, principalmente, em dois aspectos. O primeiro porque a noção de saúde mental, contida em sua concepção, estava identificada a “uma boa adaptação [do indivíduo] ao grupo social”, portanto, a uma situação de padrão de normalidade; o segundo porque, a título de prevenção de doenças mentais, estabeleceu um processo de psiquiatrização e normatização do social. (Tenório, 2001a: 28)

Tradicionalmente, a psiquiatria, desde sua instituição, tinha no isolamento um instrumento terapêutico, o que significava manter os doentes fora de seu convívio familiar e social. Desde os primeiros movimentos reformistas, ainda de caráter intra-institucional, como nas comunidades terapêuticas, tem início propostas de envolvimento, no tratamento, de toda a comunidade, entendida aqui como a equipe, os pacientes e seus familiares. (Amarante, 1995)

Com o avanço das reformas e sua orientação voltada para o tratamento fora do hospital, uma nova realidade teve que ser produzida, incluindo dispositivos mais complexos de sustentação da vida no espaço social e familiar. Esta situação promoveu não somente necessidades de suporte aos familiares, como abriu um campo de

investigações, dirigido à compreensão das dinâmicas interpessoais e, especialmente, do grupo familiar.

A própria psicanálise, em sua fundamentação, já havia apontado para as influências da configuração familiar, principalmente as relações parentais, nos processos de adoecimento. Verificou-se, nos discursos dos trabalhadores, de forma expressiva, as relações existentes entre o histórico familiar, as dificuldades de relacionamento e a compreensão do fenômeno saúde-doença mental:

“(...) o delírio dele [usuário] tem a ver com a mãe também, a persecutoriedade dele tem a ver com a mãe (...) sempre recaía nas acusações em relação à mãe, e a mãe que por outro lado também não consegue entender a gravidade ou o quanto ele é doente (...).”

“Eu contaria pra você que a [usuária] C é um caso complicado, uma filha que o pai não conhecia, e que de repente, com toda uma problemática da morte da mãe, a filha veio apresentando problema psiquiátrico importante (...).”

“(...) a família trouxe um rapaz (...) ele tem sintoma de uma psicose franca e a gente vai ter que por muito tempo, vai ter que envolver muitas pessoas ouvindo (...) como foi essa história da mãe, como foi essa história do pai.”

“Foi trazida uma moça (...) a gente percebeu uma dinâmica familiar absolutamente confusa, uma história que envolvia até algum tipo de perversidade ou mesmo abuso de álcool da parte do pai, uma mãe comprovadamente louca e desagregada (...).”

EU4 (...) tem uma paciente que (...) a mãe dela morreu, ela entrou numa crise maniaca, andava por aí gastando muito dinheiro, se endividando mesmo (...).

De modo geral, as frases acima demonstram uma visão imbricada entre o quadro psíquico apresentado pelo usuário e a história problemática da família, evidenciando a ideia da família como produtora de doença. Vários autores realizaram estudos sobre o assunto, construindo teorias a respeito do papel da família na gênese do problema mental.

Entre eles poderíamos destacar: Reichman (1948) que, ao estudar a relação do esquizofrênico com sua família, formula o conceito de mãe “esquizofrenogênica”, atribuindo a explicação etiológica da esquizofrenia à relação mãe-filho; Pichon-Rivière (década de 1950) que desenvolveu a noção do paciente como emergente de um grupo familiar doente, assumindo a função de depositário e porta-voz da patologia de toda a família; o grupo de Palo Alto (década de 1950), liderado por Bateson, que formulou a teoria da dupla vinculação, referente a padrões comunicacionais, predominantes nas relações entre esquizofrênicos e seus familiares; e, por fim, o discurso mais radical da

antipsiquiatria (na década de 1960), cujos maiores protagonistas foram Laing e Cooper, que consideravam a loucura como fato fundamentalmente social, e a família, enquanto reprodutora das normas sociais, como produtora de efeitos danosos sobre o indivíduo mais frágil do grupo. (Melman, 2001)

Essas teorias em muito contribuíram para a compreensão das dinâmicas familiares, no entanto, traziam consigo uma responsabilização dos familiares no processo de adoecimento, que acabava, por muitas vezes, afastando-os ainda mais de possibilidades de intervenção.

Vimos até o momento que as concepções de saúde-doença mental, representadas pelos discursos dos trabalhadores, conservaram-se num campo mais tradicional, pois estiveram baseadas em concepções da psiquiatria, da psicanálise e, mesmo quando propõe uma certa ampliação para o campo social, o fazem dentro de princípios de normatização e fragmentação, como no caso do indivíduo biopsicossocial.

Numa tentativa de ampliar a compreensão da saúde e doença mental surgem, no discurso dos trabalhadores, as famílias, porém estas são caracterizadas como “doentes”, também se baseando em concepções da subjetividade da vida familiar, portanto, vistas dentro de um caráter de normatividade social.

Contrariamente às concepções apresentadas até o momento, os próximos trechos dos discursos passam a indicar visões mais abrangentes sobre o tema processo saúde-doença mental e consideram a doença como algo produzido socialmente:

“Na verdade eu acho que a doença, a psíquica, ela é muito pouco conhecida (...) nessa história de manicômio, as pessoas ficavam totalmente à parte (...) com essa nova maneira de estar pensando (...) as pessoas [podem] estar conscientes que existe esse problema na nossa sociedade e que foi a nossa própria sociedade que produziu (...).”

“(...) minha postura de recusar o rótulo de doença pra alguns, deixar claro pra pessoa que aquilo é um rótulo que se desenvolveu, que ele absorveu (...) essa recusa a patologizar (...).”

A crítica mais radical que conhecemos, no desenvolvimento das reformas psiquiátricas, ocorreu na Itália, com a experiência da Psiquiatria Democrática, coordenada inicialmente por Franco Basaglia, na década de 1960. Esse processo foi denominado desinstitucionalização e, enquanto marco teórico-conceitual, compreende a apropriação da loucura pelo saber psiquiátrico como produto de um processo histórico-social, desse modo, propõe a desconstrução dos saberes, práticas e funções assumidas

pela psiquiatria na instituição asilar e na sociedade como um todo.

O pensamento e a prática da desinstitucionalização, desenvolvida na Itália, contribuiu para a compreensão da loucura como fenômeno social, merecedor de reflexão. A experiência da loucura deveria estar entre as muitas questões sociais, como tantas outras contradições da vida, e sua manifestação entendida como a “existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social”. A proposta do processo de desinstitucionalização estava baseada na desconstrução do manicômio e das relações instituídas pelo saber-poder da psiquiatria, afirmando os direitos de cidadania dos loucos, rumo à construção de uma nova realidade, uma nova cultura de crítica à exclusão e a desigualdade social. (Rotelli, 1990: 90)

O Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira incorporou o conceito de desinstitucionalização em suas diretrizes atuais, compreendido como “um complexo processo de estabelecer novas relações e reconstruir saberes e práticas” no campo da saúde mental. (Amarante, 2001: 104) Essa idéia é expressa quanto à necessidade de produção de múltiplas formas de tratar o sujeito em sua “existência-sofrimento” e em relação às concretas condições de vida, podendo ser identificada nas frases a seguir:

“(...) você vê um cara completamente doido, quando começa a falar você não consegue entender nada (...) aí você vê que é uma pessoa que está completamente dentro da vida assim. (...) a mãe morreu, a irmã mora no Japão e ele vive muito bem sozinho, com toda essa loucura dele (...).”

“Ele [usuário] tem uma coisa alucinatória (...) que ocupa muito espaço na vida dele (...) e ele sempre pergunta: ‘Isso é um problema?’. Eu penso assim: ‘Não, pra mim isso não é um problema. O problema é você estar fazendo cursinho e não estar conseguindo estudar, é você estar perdido, você começar as coisas e parar, e não dar seguimento a nada (...)’.”

“(...) eu acho que dá pra conviver melhor com o transtorno mental na rua, aberto, em espaços livres (...) sem precisar confinar, categorizar e cindir o transtorno mental do resto da vida do sujeito, da família do sujeito, da comunidade do sujeito (...).”

“(...) eu sinto que abordar o indivíduo de várias formas, de encarar o lado não subjetivo específico, mas a dinâmica psicossocial dele era uma bagagem minha (...).”

“(...) o sofrimento não é do sujeito, acho que o sofrimento é coletivo, eu acho que não é só o nosso usuário que precisa de ajuda, eu acho que a família precisa de ajuda (...).”

Uma outra forma de estruturar o pensamento sobre o processo saúde-doença mental é baseando-se no conceito de complexidade, entendido como a possibilidade de

superação do paradigma clássico, que se preocupa com esquemas de causa e efeito, do conhecer o objeto em sua verdade, das soluções definitivas.

No campo da complexidade não se objetiva a descoberta da verdade, como no cientificismo tradicional, mas sim, a cada novo encontro empírico, criam-se novos campos de questionamento e problematização, no diálogo entre as ciências naturais e humanas. A noção de complexidade remete ao encontro de várias formas de conhecimento e produção de nexos no entendimento de uma questão. (Amarante, 2001)

Nos trechos que seguem pode-se observar a tentativa dos trabalhadores de aplicar esta noção à concepção de saúde-doença mental:

“(...) a loucura é muito complexa e acho que tem várias formas e possibilidades de intervenção aí, que vão formando o que eu entendo mais ou menos do que pode ser nosso trabalho.”

“Aliás, a idéia de atendimento e suposta cura, isso é uma raridade absoluta (...) quanto mais considerando aspectos psíquicos, emocionais, filosóficos, social, trabalho, vida das pessoas, isso é uma coisa muito complexa.”

Desse modo, afastando-se da noção naturalizada da doença, que determina uma visão dicotômica entre normal e anormal, pode-se recorrer à interpretação de que os fenômenos saúde e doença fazem parte de um mesmo processo. Neste caso, o que se interpõe entre a saúde e a doença é a forma como os homens “vivem a vida”, ou como se produzem e se reproduzem socialmente. Na teoria da determinação social do processo saúde-doença, compreende-se que:

A cada grupo social (representado por categorias como classe social, gênero, raça/ etnia ou geração) corresponderiam condições negativas (riscos de adoecer ou morrer) ou positivas (possibilidades de sobrevivência), conseqüentes às formas historicamente adotadas pela sociedade para conduzir a sua vida social (trabalho e outras maneiras de viver a vida). (Fonseca¹³, 2005: 6)

Nos discursos, pode ser encontrado um trecho, no qual o trabalhador se identifica com um autor, ao tratar da noção de saúde e doença como um processo único, em que a intervenção depende das condições positivas ou negativas de vida:

“Até naquele artigo do Paulo Amarante, ele fala do modelo, que não é nem da doença mental e nem a saúde mental, ele fala que todos nós estamos nesse intervalo entre o momento da doença, o momento da saúde e esse processo da vida, que tem hora em que

¹³ Fonseca RMGS. O processo saúde-doença (das mulheres) como fenômeno social. Texto contido em apostila do Curso de Atualização em Saúde Coletiva. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005.

você vai tentar propiciar mais a saúde e hora você vai trabalhar pra diminuir a doença.”

Desse modo, a análise do discurso dos trabalhadores evidenciou uma diversidade de concepções sobre o tema saúde e doença mental. As representações preponderantes estiveram relacionadas às concepções tradicionais que consideram a doença em oposição à saúde e, assim, traduzem ideologias coerentes com o modelo hegemônico, ou seja, a doença mental ou suas outras formas de representação (sintoma, anormalidade, família doente) estão localizadas dentro de um padrão pré-estabelecido e nos indivíduos.

Em contraposição a esta noção, em menor escala, surgem questionamentos ao modelo psiquiátrico e idéias que pressupõe uma ampliação da compreensão da loucura em relação ao campo social, seja pela possibilidade de priorizar as relações das pessoas com a vida concreta ou produzir uma nova compreensão do processo saúde-doença no campo da complexidade e da determinação social.

Essas concepções contraditórias convivem diariamente no cotidiano do serviço e, certamente, tem uma correspondência com o modo como se operacionalizam as ações e intervenções dos trabalhadores, pois, é valendo-se das concepções do processo saúde-doença que esses desenvolverão seus vários processos de trabalho.

4 OS PROCESSOS DE TRABALHO DA EQUIPE DO CAPS

As concepções de saúde e doença mental anteriormente desveladas, nos discursos dos trabalhadores de nível superior do CAPS, embasam determinadas práticas ou, mais especificamente, o desenvolvimento de processos de trabalho. As práticas de saúde mental fazem parte dos processos de trabalho em saúde que, embora sejam freqüentemente desvinculados da idéia de trabalho comum, participam do conjunto de práticas sociais produzidas historicamente.

Para a discussão desta categoria, foi feita uma aproximação da dimensão particular do trabalho e seu exercício cotidiano no serviço CAPS, quando se utilizou o referencial marxista, que concebe o trabalho como um processo no qual o homem atua sobre a natureza, transformando seus recursos em formas úteis à vida. Com isto, o trabalhador consome energias e transforma a si mesmo, ao imprimir no material sobre o qual opera, um projeto idealizado anteriormente, atribuindo um significado ao próprio trabalho. (Liedke, 1997)

Em se tratando do trabalho em saúde, o objeto do trabalho é o homem, ser complexo, que, além de sua objetividade, possui subjetividade, referida às relações mediadas por desejos e afetos, que fazem dele um sujeito. O homem enquanto natureza humana é algo que está em permanente “vir a ser”, sócio-histórico em sua própria individualidade. Como ser histórico tem também suas necessidades de saúde determinadas historicamente, ou ainda, produzidas socialmente, de acordo com as concepções de saúde e doença de um determinado tempo e espaço. O processo de trabalho em saúde não contém nenhum objeto “natural” e nenhuma necessidade “natural”. “Seus objetos, e as necessidades que satisfarão, serão sempre humanamente naturais, isto é, social e historicamente determinadas.” (Mendes-Gonçalves, 1992: 26)

Os elementos que constituem o processo de trabalho são: o objeto, a matéria sobre a qual se aplica o trabalho; os instrumentos ou meios, equipamentos, ferramentas e os saberes para poder operar a transformação; e a atividade humana propriamente dita. A transformação realizada, por meio do processo de trabalho, não é espontânea, mas intencional, e pressupõe uma falta, que o objeto transformado é capaz de satisfazer. O que diferencia o trabalho humano do trabalho animal é a capacidade de idealizar um resultado a este processo, portanto, o homem imprime ao material o projeto que tinha

em mente e isto determina seu modo de operar a transformação. (Mendes-Gonçalves, 1992)

Com base na análise do material empírico, foi possível extrair fragmentos dos discursos dos trabalhadores que constituíram esta categoria. Para fins de organização da discussão, esta categoria foi desdobrada nos seguintes subtemas: os objetos, os instrumentos e as finalidades dos processos de trabalho.

4.1 Os objetos

Na ótica do processo de trabalho, o objeto é aquele sobre o qual os instrumentos agirão, de modo a transformá-lo em um produto capaz de satisfazer as necessidades detectadas inicialmente. A eleição do objeto de trabalho é feita considerando-se uma totalidade, pois o objeto é parte deste todo e encontra-se a ele relacionado:

Enquanto parte da natureza, não é propriamente um objeto; vem a ser um objeto somente quando um sujeito o delimita e desprende, sendo o modo pelo qual se dá essa delimitação e esse desprendimento guiado pelo olhar que antevê em um certo fragmento da natureza um certo resultado potencial. (Mendes-Gonçalves, 1992: 7)

Significa dizer que o objeto não se delimita por si mesmo, mas sua delimitação só é possível tomando-se por base a intenção do agente do processo de trabalho de um projeto prévio de trabalho a ser operado, uma finalidade que se quer atingir. Além disso, o projeto de transformação possibilita a identificação de algumas qualidades no objeto, capazes de serem potencialmente transformadas. (Mendes-Gonçalves, 1992)

De acordo com essa base explicativa, observa-se que os trabalhadores do CAPS identificaram diversos recortes da realidade, configurando, assim, seus objetos de trabalho coerentes com diferentes interpretações do processo saúde-doença mental e, portanto, alinhados ao desenvolvimento histórico do saber psiquiátrico e suas reformas no Brasil e no mundo.

Como visto anteriormente, o surgimento da psiquiatria instituiu a doença mental como um novo objeto do trabalho médico. Até este momento, os loucos faziam parte do cotidiano das cidades e o tratamento dispensado a eles era o mesmo de toda população, exceto quando a loucura aparecia “na pele” dos mendigos, vagabundos e ladrões, e tornava-se objeto do trabalho da polícia e da justiça. A institucionalização da loucura e

sua transformação em objeto do trabalho médico, no final do século XVIII, ocorreram numa conjuntura de organização do espaço social e a primeira denominação que recebeu, de alienação mental, supunha uma contradição da razão, ou seja, aquele em cuja razão existisse tal contradição seria um alienado, incapaz de julgar, escolher, ser livre e cidadão, pois a liberdade e a cidadania eram atributos dos que eram capazes de escolher. (Amarante, 2003)

Um dos aspectos da incapacidade para a vida social dos alienados localizava-se na não aptidão para o trabalho. Iniciava-se o desenvolvimento da sociedade capitalista, em que a capacidade para o trabalho representava uma boa adaptação à vida social. Portanto, o objeto do trabalho dos alienistas era a alienação mental e todas as suas incapacidades sociais, inclusive para o trabalho:

“(...) eu trabalho com pessoas [famílias] de condição socioeconômica baixa, que não têm condições, o doente mental é um peso, ele não trabalha (...).”

Esse trecho indica a permanência, até a atualidade, de uma noção excludente, característica das sociedades capitalistas, nas quais a capacidade para o trabalho continua sendo um divisor de águas entre o normal e o patológico. O trabalho em saúde desenvolveu-se, nessas sociedades, em torno de dois eixos: como forma de controlar ou evitar a doença e como forma de recuperar (curar ou reabilitar) a saúde dos trabalhadores, de modo a mantê-los produtivos e consumidores. (Mendes-Gonçalves, 1992)

Na concepção da psiquiatria, o seu objeto, o doente mental, “é um peso”, pois seu problema de saúde não é passível nem de prevenção, nem de cura, fato que o mantém doente e excluído da sociedade de produção e consumo.

O conhecimento produzido no campo da medicina, inicialmente, baseava-se na medicina classificatória, que posteriormente originou a medicina clínica, constituindo-se na observação do curso natural das doenças e na descrição destas, na forma de sinais e sintomas. A evolução do saber médico foi determinada pelo avanço do desenvolvimento econômico e, principalmente a partir do século XIX, aproximou-se de uma concepção individual da doença, em que “a clínica anátomo-patológica ‘se casa’ com o individualismo político-ideológico, que é a forma mais concreta de realização do princípio de igualdade”. A necessidade de recuperar a força de trabalho, na sociedade capitalista, operou uma transformação na abordagem da doença, em busca da sede e

desenvolvimento desta no corpo biológico individual. (Mendes-Gonçalves, 1992: 39 grifo do autor)

Esse movimento determinou também, na psiquiatria, críticas e cobranças pela busca de uma racionalidade médica que resultasse na localização da sede biológica das doenças mentais. O modelo anátomo-patológico foi adotado por muitos psiquiatras que produziram teorias a respeito das causas orgânicas das doenças mentais. A concepção organicista/ biológica da loucura buscou estruturar classificações para as doenças mentais e o objeto do trabalho em psiquiatria tornou-se o corpo, sede das alterações descritas por esta classificação, embora a descoberta do local anatômico, que daria origem a essas alterações, continue sendo uma incógnita.

Sendo assim, os quadros clínicos psiquiátricos mantiveram suas características descritivas na definição do objeto de trabalho da psiquiatria. A doença mental apresenta-se como alteração de funções psíquicas e descrição de comportamentos “anormais”, que podem ser observado nos trechos seguintes:

“(...) a mãe [do usuário] está com um comportamento muito diferenciado (...) já fazia 10 dias que tava sem tomar banho, não saía da cama, tava muito prostrada (...) possíveis sintomas psicóticos, porque começa a falar coisas sem sentido e fala muito sozinha (...).”

“O indivíduo chegou ao serviço (...) com um quadro franco de agitação psicomotora (...) um quadro de bastante aceleração, exaltação do comportamento (...).”

“(...) um dos usuários é bem confuso (...) é uma pessoa que tem um discurso absolutamente dubio (...) começa a falar coisas (...) completamente descontextualizadas pras pessoas que estão ali.”

O desenvolvimento científico, representado pelas descobertas da psicofarmacologia e das neurociências, trouxe para a assistência em psiquiatria um reforço ao ideal de constituir-se como ciência positiva. A psiquiatria biológica busca ver a doença mental por um prisma puramente orgânico e postula que os processos mentais são explicáveis e modificáveis por meio do conhecimento da neurofisiologia e da bioquímica do sistema nervoso central, assumindo a identidade entre mente e cérebro. (Saraceno, 1999)

Na análise do material empírico não foi encontrada, especificamente, essa definição de objeto de trabalho, embora, nas frases temáticas referentes aos instrumentos de trabalho, discutidos posteriormente, será possível identificar

representações coerentes à visão da psiquiatria biológica.

Paralelamente ao desenvolvimento do saber psiquiátrico, a teoria psicanalítica sugeria uma causalidade psíquica no aparecimento da doença mental e estabelecia como objeto de seu trabalho um universo de acontecimentos psíquicos, dotado de significação na realidade da vida. Segundo alguns autores (Quinet; Birman, 2001), a psicanálise foi um ponto de referência da psiquiatria até a década de 1950/ 1960, influenciando as classificações das doenças propostas pela psiquiatria e as grandes reformas psiquiátricas no mundo.

Por muito tempo, marcados pela compreensão teórico-prática da clínica psicanalítica, os manuais psiquiátricos traziam quadros descritos em comum com a psicanálise e só mais recentemente, os diagnósticos em psiquiatria vêm se distanciando do referencial psicanalítico e aproximando-se da noção de transtornos, de caráter medicalizável.

Observa-se, no discurso dos trabalhadores, que os diagnósticos são uma forma de delimitar o objeto de trabalho, produzindo uma identidade entre o sujeito e seu diagnóstico:

“(...) eu estou me habituando um pouco mais a trabalhar com pacientes psicóticos (...). Eu trabalhava com um tipo de coisa completamente diferente, com transtornos alimentares e obesidade.”

Em um mesmo discurso, percebe-se que ora o objeto identificado é coerente com o referencial psicanalítico e ora com o referencial da psiquiatria atual. Num certo sentido, esse trecho pode ser revelador mesmo de uma diferença. Ao se referir ao trabalho com psicóticos, fala-se, de acordo com a psicanálise, de uma forma de estruturação inconsciente do sujeito e, portanto, de algo mais complexo que um transtorno, compreendido como a descrição de um fenômeno disfuncional.

O afastamento da psiquiatria do referencial psicanalítico promoveu a eliminação da experiência subjetiva no processo de adoecimento e desfez o dispositivo da clínica, entendida como a possibilidade de articular os sintomas ao sujeito que os tem, à sua singularidade.

A singularidade do sujeito é reconhecida, positivada e construída pela experiência psicanalítica. Em outras palavras, o discurso freudiano representou uma ruptura histórica e teórica com a tradição psiquiátrica porque não só inscreveu a experiência da loucura no campo da verdade, como também reconheceu nessa experiência uma modalidade de saber fundado no inconsciente. Ele construiu uma leitura do sujeito fundada na singularidade desse saber e se

desdobrou em uma clínica voltada para o reconhecimento, o resgate e a restauração dessa singularidade. (Birman, 2001: 27-8)

Na visão psicanalítica, os sintomas são compreendidos como formações do inconsciente. É um saber do sujeito que revela sua própria subjetividade e sua inscrição na vida social. Portanto, abordar o sintoma, baseando-se nessa concepção, significa tomar como objeto de trabalho a singularidade do sujeito:

“(...) o atendimento ao paciente delirante (...) eu vi atendimentos em pacientes com esse problema que realmente dá pra ver alguma brecha no delírio, dá pra intervir de alguma forma (...).”

“Eu acho que eu parto do respeito a alguns princípios de acolher o usuário do jeito que ele é.”

“Era um rapaz que tinha um histórico de vida que demonstrava uma certa descontinuidade (...) ele perdia as coisas que ele construía ou então ele não conseguia se responsabilizar em dar continuidade e sustentar (...).”

Em se tratando dos quadros psicóticos, a psicanálise propõe a existência de um sujeito como efeito do trabalho clínico, isto é, por intermédio do trabalho que estabelece as conexões entre o sujeito e o sintoma. (Tenório, 2001b) Neste processo, considera-se a possibilidade do psicótico não suportar a exigência de ter que responder como sujeito e, portanto, não ser capaz de se reproduzir de acordo com as normas socialmente estabelecidas, mas dentro do universo de sua própria realidade psíquica:

“(...) as pessoas [usuários] têm que estar na vida do jeito que elas conseguem estar, com a loucura que conseguem ter (...).”

“Tem a ver com a questão do terapêutico no sentido de respeitar a subjetividade e a limitação de cada um (...).”

Desse ponto de vista, constrói-se um “sujeito psicológico” que passa a constituir-se como eixo de descrição de suas possibilidades no mundo. Corre-se o risco de atribuir uma certa autonomia aos desejos individuais, em relação aos contextos em que estão inseridos estes sujeitos, e acaba-se, novamente, reduzindo o objeto a uma única descrição. (Leal, 1997: 198)

Também é frequentemente atribuída à família, essa descrição de “sujeito psíquico”, de modo que as relações interpessoais familiares são abordadas e interpretadas como fazendo parte de um único objeto:

“A comunicação foi difícil (...) uma relação muito difícil [do usuário com a esposa] (...) um e outro supunham que sabiam de tudo a respeito do outro (...) o que um sentia era meio o que o outro sente e isso não produzia pra eles uma maturidade pra lidar cada um a sua maneira, pra que as individualidades pudessem aparecer.”

No trecho descrito anteriormente, a estrutura familiar é tida como objeto do trabalho em virtude de um funcionamento psicodinâmico, reiterando a noção de que determinados padrões de interação familiar podem contribuir para a cristalização do lugar do doente. (Melman, 2001)

Observou-se também, no discurso dos trabalhadores, um certo recorte do objeto de trabalho, que consiste em situar os transtornos mentais como mecanismos de desadaptação social:

“(...) o deprimido, por exemplo, ele tende com o tempo, a baixar a estima, a não acreditar mais na capacidade dele se reinserir (...) ele tem dificuldade de relacionamento interpessoal, familiar, trabalho, estudo, com o tempo ele começa a evitar isso pra não enfrentar novas derrotas.”

“(...) aqueles [usuários] que têm um nível de escolaridade maior (...) eu consigo um resultado maior. Nos que não têm uma bagagem muito alta é difícil trabalhar com eles (...).”

Segundo esta descrição do objeto de trabalho, a crença em relação à incapacidade de se inserir, no primeiro fragmento do discurso, é que levaria a desadaptação social. Já no segundo, há uma suposição de que o nível de escolaridade, portanto, a capacidade cognitiva é que permitiria uma melhor resposta, provavelmente em termos de adaptação social. Nesses trechos continua-se abordando a singularidade dos sujeitos, porém de outro ponto de vista.

As teorias cognitiva e comportamental consideram a natureza e a função do processamento das informações, juntamente com a atribuição de significados aos acontecimentos da realidade, como chaves para entender o comportamento mal-adaptado. Uma das premissas básicas é o fato de que a cognição tem primazia sobre a emoção e o comportamento, portanto, mais importante que a situação real são as cognições associadas a elas, tais como: crenças, idéias, esquemas, valores, opiniões, expectativas e suposições. (Silva, Serra, 2004)

Um outro modo, presente no discurso dos trabalhadores, de definição do objeto de trabalho, de acordo com a singularidade, diz respeito às necessidades que são próprias de cada sujeito:

“(...) o caso do [usuário] L (...) que chega aqui completamente paranóico (...) a gente fez um oferecimento básico, do pacote de serviços do CAPS que pra ele não funcionou, [ele] não entrou.”

“(...) pra cada pessoa tem uma necessidade, cada um deles [usuários] tem uma necessidade.”

“A gente vai precisar estar de olho ou estar disponível pra ver a necessidade da pessoa (...).”

“(...) as pessoas [usuários] falam que elas não têm espaço na casa delas, elas não têm lugar de fala, lugar em que elas possam chegar e falar: ‘Tá doendo’.”

O homem é um ser de necessidades, porém é preciso situar estas necessidades afastando-se de concepções naturalizadas. Verificamos que, na origem do processo de trabalho, há o homem e suas necessidades, que transforma um objeto da natureza em um produto capaz de satisfazê-las. Portanto, são as necessidades que colocam o homem em movimento para desencadear o processo de trabalho e, satisfeitas estas necessidades, o homem nunca mais será o mesmo. Ele terá produzido uma nova necessidade e um novo homem, pois adquiriu a capacidade de pensar a atividade e os instrumentos que utilizou para sua satisfação, de modo separado de seu exercício e consumo. (Mendes-Gonçalves, 1992)

Assim, as necessidades humanas são produzidas e reproduzidas historicamente, porque estarão numa relação direta com o tempo e o lugar em que se configuram. Mendes-Gonçalves (1992) propõe uma diferenciação entre necessidades sócio-históricas e necessidades sociais. No primeiro caso, são necessidades de indivíduos que estão em relações sócio-históricas com outros indivíduos, sem deixarem nunca de serem individuais. No segundo, tratar-se-iam de necessidades da sociedade, ou seja, produto de um conjunto estruturado de relações, como um sistema de necessidades gerais, acima dos indivíduos e de suas necessidades pessoais.

Esta diferenciação é importante na medida em que, muitas vezes, as necessidades, de determinados indivíduos, são tomadas como necessidades sociais e impostas a todos os indivíduos. Nesta suposta homogeneidade dos indivíduos, em uma sociedade capitalista, as necessidades preponderantes são as da classe dominante e seu objetivo é a satisfação das necessidades de manutenção e reprodução social do modo de produção. Desse modo, as necessidades sociais, tradução das necessidades da classe dominante, também influenciam e promovem mudanças nas necessidades, sócio-historicamente determinadas, dos indivíduos. (Mendes-Gonçalves, 1992)

A institucionalização da loucura no campo de saberes e práticas médicas pode ser analisada como um movimento que traduziu as necessidades sociais, daquele momento histórico, em necessidades de determinados indivíduos. Em outras palavras, a psiquiatria assumiu a função de tutela e assistência, transformando as necessidades sociais da época (organização do espaço social, disciplina e normatização) em supostas necessidades individuais (tratamento da doença mental, asilamento e exclusão).

Assim, as “verdadeiras” necessidades individuais, inevitavelmente, estão subordinadas ao modo de produção capitalista, portanto, não podem ser satisfeitas no âmbito da estrutura histórica de sociedade que as gerou. A saída para esta satisfação estaria na possibilidade de construir um projeto para a superação desta contradição, em que o nível de consciência dos indivíduos permitisse o reconhecimento e o resgate de suas necessidades individuais, também construídas historicamente. Este movimento equivale à constituição efetiva de um novo valor histórico objetivo tanto na estrutura de necessidades como nos processos de trabalho a elas correspondentes. (Mendes-Gonçalves, 1992)

A reforma psiquiátrica italiana construiu bases teórico-conceituais alinhadas a este pensamento e, pelo conceito de desinstitucionalização, propõe uma análise crítica às instituições configuradas pela psiquiatria: o manicômio, os saberes e as práticas. Questiona a concepção de doença mental como um problema constitutivo da psiquiatria, na medida em que esta cria um paradigma racionalista, de causa e efeito, em que não é possível conhecer a causa nem tampouco atingir a solução-cura. O local instituído para a solução do problema é o manicômio, constituído como lugar de ocultamento do sofrimento, da miséria e dos distúrbios sociais, e, portanto, de situações irreduzíveis na lógica racionalista do problema-solução. (Rotelli, De Leonardis e Mauri, 1990)

O mal obscuro da Psiquiatria está em haver constituído instituições sobre a separação de um objeto fictício – a doença – da existência global, complexa e concreta do paciente e do corpo da sociedade. Sobre esta separação artificial se constituíram os conjuntos institucionais todos referidos à “doença”. (Rotelli, 1990: 90)

Diferente de “negar a existência da doença mental”, esta foi “colocada entre parênteses”, para favorecer a manifestação da real existência da pessoa. A doença mental, objeto da psiquiatria clássica, é entendida como algo que está no corpo ou no psiquismo da pessoa, por influência da psicanálise. Para os idealizadores da Psiquiatria Democrática, o objeto de trabalho é a “existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social” e a questão terapêutica é parte das questões sociais. (Rotelli, 1990:

90)

Não se trata de uma recusa em aceitar e reconhecer uma experiência que produz sofrimento, mas é uma recusa à explicação oferecida pela psiquiatria, nomeando este sofrimento como doença. É uma ruptura epistemológica com o saber da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para objetivar o conhecimento da subjetividade. (Amarante, 2003)

No discurso dos trabalhadores, demonstrando uma contradição em relação às outras concepções de objeto descritas anteriormente, verifica-se essa necessidade de “colocar a doença entre parênteses”, para poder enxergar a pessoa em sua complexidade e, inclusive, como um requisito para poder trabalhar no CAPS:

“(...) pra eu trabalhar aqui, eu tenho que ver esses usuários daqui como sujeitos, como pessoas, como pessoas que têm sentimentos, que têm corpo, que têm alma, que têm deveres, que têm obrigações, enfim, enxergá-los, não ver o louco, entendeu? Ele é louco, não sei o que ele tem, não sei quais são todas as patologias, mas vê-lo na íntegra, como pessoa.”

Este novo objeto de trabalho coloca em xeque a “terapêutica” anteriormente defendida. O isolamento tinha sua justificativa na lógica da doença mental, que considerava a tutela como um ato legítimo da psiquiatria, de proteção aos doentes incapazes de exercer a sua cidadania. Ao desconstruir a noção de doença mental, torna-se necessário também redefinir os direitos humanos e civis das pessoas antes excluídas, bem como transformar estes valores, que relacionam loucura à incapacidade, periculosidade, irracionalidade e irresponsabilidade civil, presentes na sociedade. (Amarante, 2003)

O grande problema representado pela loucura é a subversão dos valores que estruturam uma certa ordenação simbólica do mundo em que vivemos, ordenação simbólica que se constitui em torno da concepção de um ser humano universal e abstrato, anterior à própria sociedade em que vive, e que se junta para viver em sociedade a partir de um contrato social e político. A idéia de contrato social e político pressupõe um indivíduo racional, senhor de si, responsável por seus atos. A loucura, com seus excessos e descaminhos, aponta para o que está além do contrato social, para alguma coisa que ficou de fora e não pode ser controlada. (Russo, Silva Filho, 2001: 101)

Russo e Silva Filho (2001) evidenciam a existência de um significado social atribuído à doença mental. Partindo dessa premissa, os autores defendem que a resposta à questão da assistência ao doente mental nunca poderá ser unicamente técnica, pois as novas práticas, necessariamente, precisam reconhecer este significado social para

poderem incorporar na discussão, sobre a loucura, seu valor simbólico socialmente construído. Isto quer dizer que as práticas transformadoras, independentemente de suas concepções teóricas e técnicas, têm que estar implicadas numa escolha política e ética.

O intercâmbio entre as experiências italianas e brasileiras foi intenso no final da década de 1980 e produziu forte influência no movimento de reforma no Brasil. A perspectiva da desinstitucionalização, segundo os referenciais da reforma italiana, contribuiu para afirmar a necessidade de superação da lógica manicomial e a construção de uma nova realidade na atenção e nas políticas à saúde mental no Brasil. (Nicácio, Amarante, Barros, 2005)

A utilização do conceito da desinstitucionalização, superando o que ocorreu em outros movimentos de reforma, na forma de desospitalização, orienta as práticas em saúde mental, no sentido da produção de múltiplas formas de tratar o sujeito em sua existência e em relação às condições concretas da vida. No discurso dos trabalhadores, verificaram-se formas mais abrangentes de recortar os objetos do trabalho, incluindo os sujeitos e suas relações com a família, vizinhança, trabalho, cultura, enfim, aspectos da vida social que podem indicar um caminho de superação do modelo tradicional hegemônico, como pode ser observado nos trechos extraídos do discurso dos trabalhadores:

“As pessoas que estão aqui precisam de muitas outras coisas e podem ser ouvidas em muitas outras coisas além da saúde mental [doença mental].”

“(...) a gente conseguiu entrar em contato com a família (...) combinar com a família a continuação do tratamento.”

“Chegou o paciente, ele tava acompanhado da mãe (...) ele realmente não conversa, ele tem muito medo, é muito desconfiado e a mãe desse rapaz estava muito desesperada (...) ela já não sabia mais aonde recorrer (...).”

“Nessa situação eu pego um caso de um paciente crônico, grave, com uma mãe problemática também e uma situação econômica e social complicada (...).”

“Ela [usuária] limpava, lavava o chão (...) aí foi conversar, saber como que era a história daquela família (...) tinha a filha psicótica e a mãe [usuária] num estado muito confuso (...) os vizinhos que queriam botar a família toda pra fora do prédio (...).”

“Ele [usuário] tinha 3 filhos que ele não tinha contato (...) o próprio pai que trouxe o rapaz pro serviço não tinha um contato contínuo (...) ele arranjava problema com o condomínio, com os vizinhos, não deixava ninguém dormir (...).”

“(...) é totalmente diferente essa clínica (...) inclui essa coisa do social que eu não

olhava muito, cultural e essa coisa do trabalho. (...) eu me pego trabalhando essas questões (...).”

“(...) um sujeito que está na sociedade, um sujeito que é um ser social, que pertence a uma família, e que também precisa de atenção, que também precisa de cuidados (...).”

“Eu penso que a C foi uma usuária que a gente teve que tá aí, buscando demandas de tudo quanto é lado, demandas de trabalho, demandas de assistência, demanda familiar (...).”

“Tem uma coisa que é também meio cultural, ela [mãe do usuário] é do interior de Minas, esta numa cidade grande, fora do contexto dela, acho que isso pode estar contribuindo pra ela estar com esse comportamento (...).”

“(...) que identidade [psíquica] esse fulano tem pra ser trabalhado, se ele não tem nem male e mal identidade [RG], do nome, quem eu sou, onde eu nasci, quantos anos eu tenho, então eu acho que a gente trabalha com algo de uma carência tão absurda que acho que a gente tem que cuidar (...).”

Essas concepções do objeto de trabalho são coerentes com os pressupostos da política de saúde mental, ao tentar superar o objeto da psiquiatria tradicional – a doença mental – e também o da psicanálise – o sujeito do inconsciente. No entanto, somente a identificação de um novo objeto, o sujeito em sua existência e em relação a suas condições concretas de vida, pode não ser suficiente para a transformação das práticas. Além disso, esta também, como visto anteriormente, não é uma posição homogênea no interior da equipe de trabalhadores.

Por intermédio da possibilidade de ampliação do olhar sobre o objeto de trabalho e a desconstrução dos saberes e práticas tradicionais, pode-se recolocar o problema e reconstruir novos saberes, práticas, sujeitos, relações sociais e direitos. (Amarante, 2003)

No discurso dos trabalhadores que partilham desta noção do objeto de trabalho, considerando as relações dos sujeitos no campo do trabalho e dos direitos, verifica-se que há posições contraditórias entre os trabalhadores, que vislumbram tanto possibilidades, quanto limites:

“(...) ele [usuário] tomou a iniciativa também de procurar a previdência social (...) ele conseguiu fazer esse pedido de recurso (...).”

“(...) um cara que nunca trabalhou (...) é um cara difícil de se por numa avaliação pericial, alguém dizer que ele é incapaz, embora eu consegui ultimamente isso, um auxílio LOAS, recentemente.”

“(...) nas reuniões [do projeto trabalho] a gente percebe muito isso (...) eles querem essa cobrança, serem cobrados e ter essa responsabilidade.”

“(...) ele (usuário) não sustentava o emprego, porque na verdade ele já não trabalhava mais, já tava aposentado do emprego (...).”

“(...) ela [usuária] não está pronta ainda pra ser uma ajudante de cozinha, pro mercado [de trabalho], precisaria estar em parceria com uma escola, alguma coisa assim (...).”

Por fim, há ainda uma visão bastante pessimista em relação à possibilidade de inclusão social:

“O fato é que na prática, mesmo depois de passada essa fase aguda (...) vai ter uma tremenda demanda e a gente sabe até que do ponto de vista prático, do ponto de vista organizacional, a perspectiva de que um usuário se reintegre é muito pequena.”

O material empírico analisado e organizado, neste subtema, mostrou que coexistem nos discursos dos trabalhadores concepções heterogêneas que, portanto, sustentam objetos diferenciados nos processos de trabalho da equipe. O homem, como objeto do trabalho em saúde mental, foi reconhecido de diversas maneiras.

Inicialmente pudemos desvelar o objeto de trabalho como doença mental, representada pela incapacidade para o trabalho, pelos quadros clínicos sintomatológicos e pelos diagnósticos, coerentemente com o modelo psiquiátrico.

Em outros trechos do discurso, o objeto de trabalho encontrado apresentou-se alinhado com o modelo psicanalítico com destaque para a singularidade, no sentido individual do termo, ou seja, o sujeito singular regido por uma lógica própria do seu psiquismo e das suas necessidades. Nesta concepção de objeto, incluíram-se aspectos da vida familiar, compreendida como um conjunto de relações psicodinâmicas próprias da família.

Um outro modo de delimitar o objeto de trabalho, embora pouco representativo no conjunto dos discursos, foi por meio de teorias cognitivas, que se referem ao objeto como portador de desadaptação social.

As noções nas quais o objeto de trabalho é o indivíduo, ainda que dentro de um contexto histórico como no modelo psicanalítico, podem ser consideradas tradicionais ou hegemônicas, pois, partem de um pressuposto de que a responsabilidade pela doença, sintoma ou transtorno, encontra-se no sujeito, desvinculada das relações sociais. Dessa

forma, traduzem ideologias do modelo dominante, ou seja, idéias que reproduzem as relações sociais sem questionar o significado atribuído socialmente à loucura.

Contraditoriamente a essa posição, estiveram representadas, no discurso dos trabalhadores, concepções do objeto de trabalho que identificam o sujeito em sua existência e em relação à sua vida social, e podem indicar uma possibilidade de superação do modelo hegemônico. Portanto, no interior do discurso dos trabalhadores há contradições quanto à interpretação que se faz da realidade e ao objeto que se elege para o desenvolvimento dos processos de trabalho.

4.2 Os instrumentos

Vimos que durante o processo de trabalho “algo” que havia antes – o objeto do trabalho – se transforma em “outro algo” – o objeto transformado –, por meio de um processo no qual se aplica certa energia necessária para esta transformação. Este consumo de energia é intencional e se incorpora ao processo de trabalho pelo uso dos instrumentos utilizados para promover a ação transformadora. O instrumento de trabalho:

[...] é uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto. Ele utiliza as propriedades mecânicas, físicas, químicas das coisas, para fazê-las atuarem como forças sobre outras coisas, de acordo com o fim que tem em mira. (Marx¹⁴ apud Mendes-Gonçalves, 1992: 8-9)

A energia utilizada, no processo de trabalho, consiste nas qualidades humanas que podem ser ativadas para obter a transformação desejada, sendo denominada força de trabalho. Mendes-Gonçalves (1992) descreve duas maneiras nas quais pode ser consumida a força de trabalho. A primeira dispondo o objeto e os instrumentos do trabalho em uma relação adequada para produzir a transformação. A segunda discriminando quais são as relações adequadas e como mantê-las durante todo o processo para se obter o fim alcançado.

Dessa forma, a energia ou força de trabalho está colocada nos instrumentos de trabalho como um **fazer** e como um **saber**, embora estas duas dimensões, aplicadas conjuntamente, sejam responsáveis pela realização da ação transformadora sobre os

¹⁴ Marx K. O capital. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, Livro I, v.1; 1968. p. 203.

objetos de trabalho, portanto, um **saber-fazer** representado pelos instrumentos do trabalho.

Nesse estudo, por razões didáticas, optou-se pela análise em separado do conjunto de discursos referidos aos saberes e aos fazeres, entendendo que ambos se constituem em instrumentos utilizados nos processos de trabalho dos trabalhadores do CAPS.

Os saberes dos trabalhadores

Antes de dar início a esta análise, cabe fazer uma observação sobre a distinção entre ciência e saber. No Novo Dicionário Aurélio, ciência é definida como um “conjunto organizado de conhecimentos relativos a um determinado objeto, especialmente os obtidos mediante a observação, a experiência dos fatos e um método próprio”. (Ferreira, 1988: 150)

A associação entre saber e ciência é bastante comum, como manifesta um trecho destacado do discurso dos trabalhadores do CAPS:

“Pra mim o conhecimento é o modelo teórico que embasa a sua prática, então eu quero produzir esse efeito, como é que eu vou fazer pra chegar do A até o B, eu tenho um modelo que diz que a minha ação vai ser pautada assim, assim, assado. Nesse sentido eu estou definindo conhecimento.”

Neste fragmento, conhecimento ou saber é definido como sinônimo de ciência, porém de acordo com Peduzzi (2003), em referência ao trabalho desenvolvido por Foucault¹⁵, refere-se ao saber como:

[...] o conjunto de elementos formados de maneira regular por uma prática discursiva e que são indispensáveis à constituição de uma ciência, apesar de não se destinar necessariamente a lhe dar lugar; o domínio constituído pelos diferentes objetos que adquirirão ou não um estatuto científico; o espaço em que o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso; e ainda o campo de coordenação e subordinação dos enunciados, em que os conceitos aparecem, se definem, são aplicados e se transformam. (Peduzzi, 2003: 81)

Dessa maneira, o saber é mais amplo do que o conhecimento científico e se

¹⁵ Foucault M. A arqueologia do saber. 4ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995.

configura como um dos instrumentos do trabalho como possibilidade de intervenção, podendo haver o concurso de diversos saberes num determinado processo de trabalho. No campo dos saberes, inscrevem-se as ciências e os outros conhecimentos adquiridos pelos trabalhadores.

Além disso, os saberes e os conhecimentos científicos são construídos em relação intrínseca com as condições históricas e sociais, produzindo a transformação do saber do trabalhador e contribuindo para o desenvolvimento de processos de conhecimento. No modo de produção capitalista, o conhecimento tende a ser reproduzido, sempre de acordo com os interesses dominantes. Portanto, o desenvolvimento de conhecimentos inovadores e progressistas depende de um processo ativo por parte do trabalhador que tenta escapar da reprodução social do saber e das práticas reiterativas:

“(...) é um trabalho (...) é uma coisa que eu fui mudando muito desde que eu me formei, desde que eu comecei a trabalhar, eu acho que passei por vários momentos (...).”

“Hoje eu penso totalmente diferente do que eu pensava da loucura porque eu acho que eu tenho uma formação que me permite mexer com isso de um outro jeito (...) eu sou a favor da formação e pensar o que você está fazendo.”

Do discurso dos trabalhadores foram extraídas frases temáticas que permitiram desvelar diversos saberes, inclusive porque houve um questionamento explícito, por parte da pesquisadora, ao incluir na entrevista (ANEXO III) uma pergunta sobre os conhecimentos utilizados na situação de atenção em saúde mental descrita.

Coerentemente à eleição do objeto doença mental, encontraram-se discursos referentes ao saber psiquiátrico, constituído com base no que se poderia chamar de psiquiatria contemporânea. Significa dizer que o instrumental psiquiátrico evoluiu para a identificação dos sintomas, para a construção de um diagnóstico e para a escolha do medicamento:

“Da parte clínica é essa que a gente tem como formação (...) a parte de medicamentos.”

“(...) pra fazer o diagnóstico você tem que utilizar o conhecimento médico mesmo, técnico-médico, técnico-psiquiátrico (...) aí é a base.”

“E claro, [utilizei] o conhecimento técnico, de psicopatologia, farmacologia, isso é o trivial.”

Birman (2001: 22) descreve a atual psiquiatria, baseada na psicofarmacologia, como “um canteiro de obras da indústria farmacêutica”, apontando para as consequências ético-políticas e teórico-epistemológicas desta situação. Do ponto de vista ético-político temos as indústrias de medicamentos dominando o campo psiquiátrico, financiando suas pesquisas e definindo, portanto, as práticas psiquiátricas conforme seus interesses.

Em consequência disso, o psicofármaco tornou-se operador obrigatório e influencia o modo de pensar as enfermidades psíquicas. A ação dos medicamentos passa a configurar as perturbações mentais, traduzindo-se em novas conceituações teóricas. A nosografia psiquiátrica vigente expressa nos manuais diagnósticos, se constitui numa psicopatologia centrada em seus medicamentos: para um transtorno um medicamento. Com isso, a psiquiatria segue o caminho da medicina somática, reduzindo o “ser da enfermidade” em transtorno, numa perspectiva de disfunção a ser regulada pelo psicofármaco. (Birman, 2001: 24)

Embora o saber psiquiátrico esteja presente no campo constituído da saúde mental, é também questionado, pelos trabalhadores, enquanto uma visão reducionista:

“O conhecimento da psiquiatria, de medicação, mas eu acho que num CAPS fica restrita só a questão da medicação (...).”

“(...) teve um conhecimento propriamente psiquiátrico nesse caso, mas como a minha formação tem uma visão um pouco mais de tratar o indivíduo como responsável pelas suas atitudes, não fica só voltada ao sintoma, mas fica numa dinâmica (...).”

“(...) [o] modelo diagnóstico, modelo químico (...) é uma referência, mas tem um peso, na minha impressão pessoal, talvez muito menor.”

Quanto às concepções que identificam o objeto, como o sujeito e sua singularidade, foi observada uma grande quantidade de referências discursivas ao saber psicanalítico. Neste estudo, considerou-se como saberes do campo psicanalítico, todo material que expressava conceitos ou noções, tomando o sujeito em relação a um funcionamento psíquico e características da clínica psicanalítica, independente das escolas ou correntes da psicanálise. No discurso dos trabalhadores é explicitado o entendimento do que seria o saber psicanalítico:

“(...) a pessoa é produto de uma história (...) existe inconsciente, o sintoma tem um sentido (...) existe dentro de todos nós uma pulsão de vida e uma pulsão de morte, existe

algo no nosso funcionamento psíquico que nos leva a ser neuróticos, psicóticos, então nesse sentido a psicanálise (...).”

Trechos de diversos discursos contêm, explicitamente, a psicanálise ou autores reconhecidamente psicanalistas, como uma referência instrumental:

“(...) [utilizo] principalmente a psicanálise. É o recurso que eu uso nos grupos, é o meu referencial teórico, é como eu enxergo as situações, é totalmente por esse prisma.”

“Em termos de instrumental teórico basicamente a psicanálise e alguma coisa que vem da linha da crítica da psicologia social.”

“[Utilizei] (...) a habilidade de entrar dentro da loucura da pessoa e convidá-la a investigar um outro lugar (...) todos os recursos que eu aprendi, que você pode usar na relação médico-paciente (...) psicanálise que é a grande ferramenta da medicina pra fazer isso.”

“(...) é possível localizar [em] Freud (...) a criança sozinha (...) vai criar o espaço das identificações imaginárias (...) os artistas não abandonam esse espaço, então cai no campo da arte por causa disso (...) essa é a condição de existência do sujeito (...).”

“(...) minha bagagem teórica também me ajuda (...) a psicanálise que me dá um pouco de segurança.”

“Eu tenho pensado na psicanálise, tenho pensado em Winnicott (...) cai como uma luva na clínica mais difícil, na clínica mais contemporânea.”

“Eu quero fazer uma leitura do que está acontecendo, pra além do que está acontecendo (...) já estudei um pouquinho de Freud, um pouquinho de Klein, já faz parte de um arsenal meu (...)”

“Eu acho que [os conhecimentos] tem a ver com a minha formação, da psicanálise, esse entendimento do que é um grupo (...).”

A psicanálise, como discurso teórico, reconheceu um saber do sujeito sobre aquilo que lhe acontecia, por meio do sintoma. O sintoma é entendido, simultaneamente, como manifestação de uma perturbação inconsciente e como caminho da interpretação do analista na elucidação, junto com o sujeito desse saber sobre sua perturbação:

“É a noção de poder pegar o discurso desse sujeito (...) da estrutura à constituição do discurso delirante desse sujeito e tentar a partir disso, construir possibilidades pra ele.”

A abordagem do sintoma, no campo psicanalítico, se faz por meio da transferência, isto é, na transferência com o analista o sintoma se atualiza, se enuncia e pode ser resgatado, explicitado, decifrado e resignificado. A transferência, portanto, é um conceito instrumental que permite o trabalho psicanalítico. Está presente nos discursos dos trabalhadores, podendo indicar tanto o domínio técnico de seu uso, como simplesmente o conhecimento do termo:

“(...) a atenção em princípio não é uma técnica (...) ela precisa na verdade ser reavaliada, ser reinventada a cada situação, dependendo da relação transferencial exercida na situação.”

“Quando a gente fala de atenção (...) quer dizer estar presente com o paciente, produzir algo nessa presença, produzir algo nessa relação (...) estabelecer um tipo de vínculo que dê alguma sustentação ao sujeito.”

“(...) a gente sabe que tem essa transferência do paciente com a gente (...).”

“(...) você lida com a questão da transferência, da contra-transferência a todo momento, isso não é da psiquiatria assim estrito, é mais até da questão psicológica (...).”

O conhecimento psicanalítico, sustentado na descoberta da existência de um universo psíquico, inspirou o surgimento de outras correntes teóricas no campo psicológico:

“(...) a mola que me ajuda a conduzir os casos é bem pelo prisma psicodinâmico.”

“(...) atendo em grupo e alguns individuais, e no grupo é muito legal poder tá pensando nisso num todo (...) que não é uma psicanálise (...).”

“(...) se eu fosse tentar formalizar o que eu li (...) eu pensaria um pouco mais na linha psicológica, voltada pro lado analítico (...).”

O saber psicanalítico também influenciou as análises de contextos mais amplos como os grupos, as famílias e as instituições:

“(...) qualquer solução institucional ela por si faz dois movimentos. Um movimento de ajudar o sujeito e um movimento de manter o sujeito na mesma posição de doença (...) a gente trata o sujeito, mas dentro desse tratar a gente estabelece uma relação de dependência (...).”

“Pensando nesses atravessamentos do dentro e do fora, dentro dos mecanismos

institucionais (...) vou pensar tratamento muito a partir dessas relações (...).”

“(...) a questão do casal, da família (...) um conhecimento mínimo que eu tenho (...) eu costumo usar isso um pouco mesmo na abordagem que eu utilizo (...).”

“Eu usei basicamente o que eu conheço (...) sobre relação de familiares e pacientes, particularmente de pacientes psicóticos.”

De modo particular, algumas teorias de abordagem familiar resultaram da articulação do saber psicanalítico com outras teorias (da Comunicação, do Duplo Vínculo, dos Sistemas), resultando em modelos específicos como as terapias familiares sistêmicas:

“(...) eu estou me especializando na sistêmica [terapia familiar] (...) vai enxergar o sujeito como um sujeito social, que vai considerar a família como sendo um sistema, que está dentro de outro sistema, que aí considera o cultural, o religioso, o político, o social (...).”

Um outro saber, do campo do conhecimento psicológico, configura-se em uma tentativa de compreender o comportamento desadaptado à luz das funções psíquicas, encontrando-se expresso no discurso dos trabalhadores:

“Tem bastante referência na psicologia cognitiva (...) a forma da pessoa se adaptar ao quadro da doença, com o tempo, condiciona uma visão de mundo que realimenta o problema (...) é toda uma conduta aprendida pra lidar com a doença, que prejudica a adaptação (...).”

A teoria cognitiva pressupõe que a desadaptação do indivíduo seja resultado de um problema no processamento das informações, que conseqüentemente faz com que a pessoa atribua significados aos acontecimentos da realidade também “problemáticos”. Estes significados ou cognições agiriam sobre a emoção e o comportamento, provocando e realimentando a desadaptação.

Embora este saber seja pouco representativo no conjunto dos discursos dos trabalhadores, parece importante destacá-lo, por representar, no campo dos saberes psicológicos, uma tendência mais alinhada ao saber psiquiátrico, no sentido de buscar suas bases na ciência positiva, na relação causa-efeito e numa leitura normatizadora do ser humano e da sociedade.

Um conhecimento que vem se constituindo no campo da saúde mental é o da reabilitação psicossocial. Para Saraceno (1999), a reabilitação psicossocial tem

despertado o interesse dos trabalhadores, em função da necessidade de melhora da assistência e da substituição da resposta manicomial. Além disso, diversos estudos epidemiológicos evidenciam que as tecnologias tradicionais pouco influenciam sobre o decurso das doenças, enquanto o mesmo não acontece quando se intervém nas variáveis ligadas ao contexto do paciente. Tem-se a seguir como este saber é apresentado pelos trabalhadores:

“Eu tento (...) ir nessa linha voltada pra reabilitação mesmo, psicossocial, de seguir sempre essa visão de tentar inserir o paciente na sociedade (...).”

“(...) o que eu entendo de reabilitação (...) o que eu posso trabalhar pra que essa pessoa [usuário] possa minimamente se sentir um cidadão na vida, acho que isso é reabilitação.”

A reabilitação psicossocial é entendida como um processo de reconstrução da “habilidade” do indivíduo efetuar trocas, materiais e afetivas, para permitir o exercício da cidadania e a recuperação de contratualidade social em três grandes cenários: “habitat”, rede social e trabalho com valor social. (Saraceno, 1996)

Esta forma de saber pôde ainda ser verificada no discurso dos trabalhadores, fazendo parte de um conjunto de saberes, em que várias referências estão presentes, demonstrando que o campo da saúde mental pode ser constituído, simultaneamente, por muitos saberes:

“Eu tenho a minha formação básica que é no marxismo e a minha especialização que é na teoria sistêmica, mas eu empresto, e muito, tanto da psicologia e da psicanálise, como da reabilitação psicossocial (...).”

No caso dos trabalhadores do CAPS, a reabilitação psicossocial foi a única referência, de caráter teórico-técnico, que contém um saber capaz de interferir nas condições concretas de vida dos usuários, pois os demais saberes, descritos até o momento, visam ao indivíduo e aos seus sintomas tanto na visão psiquiátrica, como na perspectiva psicanalítica. A abordagem familiar, descrita como um saber, também se encontra referida ao sujeito adoecido ou à própria relação familiar “patológica” e não à família como lugar de produção e ampliação de relações sociais.

Os saberes analisados, até o momento, representam as influências teóricas que freqüentemente são encontradas no campo da saúde mental, porém, foram também encontradas, no discurso dos trabalhadores, outras referências relacionadas a áreas

específicas de trabalho no interior do CAPS.

No CAPS existe um consultório odontológico, específico para o atendimento de seus usuários e, desse modo, o saber da odontologia, como disciplina do campo da saúde, encontra-se expresso no discurso dos trabalhadores:

“(...) eram extrações simples de raízes [dentárias], coisas que eu considero fácil de fazer tecnicamente (...) emocionalmente você tem que ter aquela disposição, esse é o diferencial de trabalhar como dentista num centro de atenção psicossocial ou trabalhar num outro lugar.”

Pode-se verificar, neste fragmento, o quanto o saber técnico, considerado simples, é acrescido de um outro saber, a disponibilidade relacional, não tão simples, transformando o trabalho como um todo em um trabalho diferenciado. Situação semelhante acontece com o profissional da área de nutrição, que coloca seu saber específico no campo da atenção em saúde mental:

“(...) tem toda a teoria (...) padrões de preparo [do alimento] e isso eu queria sempre estar orientando pra eles [usuários] (...) fui explicando pra eles (...) tinha que estar repetindo sempre, sempre repetindo, mas eles aceitaram muito bem (...).”

“Lógico que tem outras atuações aqui [no CAPS] como a parte de orientação nutricional (...).”

No discurso dos trabalhadores encontram-se ainda referências a outros campos de saber, seja pela especificidade profissional, pelo trabalho que desenvolvem no CAPS, ou mesmo por características pessoais, que os fazem agregar conhecimentos de outros campos em suas práticas:

“(...) eu tive uma formação extremamente marxista, que dá uma visão de homem, uma visão de mundo muito clara, muito crítica da nossa sociedade (...).”

“Eu sou obrigada a ler todas as instruções normativas da previdência social (...) ter pelo menos uma noção daquilo que está acontecendo, daquilo que a previdência te possibilita naquele momento, da validade daquela instrução normativa.”

“(...) [utilizo] a parte administrativa, queira ou não nos temos que fazer muitas contas pra fazer balanço de estoque (...).”

“Eu sou uma pessoa que gosta muito de arte de um modo geral, música, pintura, escultura, poesia, contos (...) tem muito disso nas coisas que eu faço.”

“(...) comecei a estudar filosofia (...) pra poder tentar entender (...) porque algumas pessoas estão numa situação e outras não (...) eu uso um pouco da filosofia [no trabalho].”

“(...) eu conto histórias pra eles [usuários], eu acho legal, estou fazendo curso [de contador de histórias].”

“Eu lanço mão de uma formação humanística (...) ciências sociais, geografia, economia (...) tem que entender bem a natureza química das coisas, entender bem a fisiologia (...).”

“As religiões onde as pessoas estão inseridas eu sempre lanço mão (...) a religião como cultura, valores, hierarquia (...).”

Um outro espaço, característico por articular conhecimentos teóricos com uma determinada prática, tido como lugar de aquisição de conhecimentos pelos trabalhadores é a supervisão:

“Acho que teve muita supervisão.”

“(...) supervisão de casos (...) às vezes eu levo pra supervisão também.”

Sabe-se que, tradicionalmente, a configuração de espaços de supervisão é uma prática oriunda da formação psicanalítica, que pressupõe o trabalho do supervisor, geralmente um trabalhador com maior experiência, como uma forma de obter uma “super-visão”, ou seja, alguém que não está envolvido na relação transferencial e pode, “de fora” ajudar a entendê-la. Outro aspecto relevante é que a supervisão de casos, novamente, está remetida para a atenção do indivíduo, na tentativa de compreensão de sua subjetividade.

Há uma outra ordem de saberes, descritos pelos trabalhadores, que se referem a conhecimentos adquiridos na experiência prática do trabalho. Foi possível identificar referências aos conhecimentos adquiridos, na vivência prática de trabalho em saúde mental, realizadas anteriormente à vinda dos trabalhadores para o CAPS.

No caso de alguns discursos, fica evidente o potencial reflexivo e transformador das práticas anteriormente realizadas. Pode-se supor, ter havido uma contribuição destas práticas, na aquisição de saberes mais alinhados com as expectativas atuais e com a produção de instrumentos de intervenção condizentes com a complexidade do objeto da saúde mental, proposto na atualidade, o sujeito em sua existência e em sua relação com a rede social:

“É muito mais do que a gente já fez também (...) grupo de família (...) projeto social (...) posto de saúde (...) me ajuda de alguma maneira a ver as pessoas (...) além do que aquela pessoa está trazendo, às vezes até mais práticas, mais objetivas (...).”

“(...) eu não nasci assim com essa visão e com essa conduta, eu já fui um mediquinho autoritário (...) já desaprendi tudo isso nesses 25 anos [de formado], mas acho que a partir de uma colcha de retalhos, eu não consigo precisar alguma coisa específica nisso.”

No entanto, de modo geral, as frases temáticas extraídas dos discursos não permitiram avaliar em que sentido as práticas anteriores poderiam ter influenciado processos reflexivos, revisão das concepções tradicionais e, portanto, uma contribuição para a mudança efetiva de saberes:

“[Utilizei] minha experiência de ter acompanhado pacientes e familiares (...).”

“(...) toda bagagem teórico-prática que a gente tem (...) por mais teoria que a gente tenha, quando a gente está lá na prática a gente vai lembrar de outras situações (...).”

“(...) o contato com [o serviço de] álcool e drogas também me ajudou muito a trabalhar.”

“(...) tem um conhecimento longitudinal que eu acho que é diferente de quando eu comecei a lidar nesse tipo de serviço (...) vem com essas experiências todas adquiridas (...).”

“Eu acho que a própria prática é um superconhecimento (...) a gente vai conhecendo um monte de coisa (...).”

Estas experiências anteriores podem ter ocorrido em serviços tradicionais e não possibilitam uma análise de seu potencial transformador. Um dos fragmentos, inclusive, atribui o mesmo valor às práticas de diferentes serviços, incluindo o CAPS e o hospital psiquiátrico, sem fazer qualquer distinção quanto aos modelos de atenção:

“(...) a prática (...) pronto-socorro de psiquiatria, ambulatório, hospital-dia, CAPS, até mesmo hospital psiquiátrico, eu acho que tudo isso me ajudou muito na minha formação (...).”

A vivência cotidiana do trabalho no CAPS foi apontada também como responsável pela aquisição e acréscimos no saber:

“Eu cheguei [no CAPS] com um conceito de que trabalhar saúde mental é

simplesmente atender o paciente, num contexto psíquico e medicá-lo (...) o que eu vejo hoje no CAPS é essa diferença, eu acho que a gente pode fazer uma abordagem muito ampla (...)."

"Eu aprendi [no CAPS] que existe uma outra linha de trabalho que eu tava muito distante e que eu realmente não conhecia (...)."

"(...) as atitudes que eu for tomar, todas as situações que eu ver, eu vou ter que parar, segurar um pouco, buscar o que aprendi aqui [no CAPS], porque agora eu já aprendi até bastante coisa (...)."

"(...) eu estou aprendendo (...) acho que é aqui [no CAPS] que eu to aprendendo, na prática e na literatura que eu to pegando daqui, é com vocês que eu estou aprendendo."

"O que eu acho que eu mais utilizei foi a vivência de estar aqui [no CAPS] (...) em termos de odontologia, qualquer dentista acho que estaria preparado (...) mas nem todo colega (...) saberia entender aquele momento e trabalhar naquela situação emocional da maneira que eu trabalhei."

É relevante observar que os trabalhadores que destacaram o aprendizado e a aquisição de saberes, mediante a vivência prática do CAPS, em sua maioria, nunca haviam trabalhado antes na área de saúde mental. Esta observação permite a suposição de que, para os trabalhadores com experiência anterior em saúde mental, o processo de trabalho no CAPS pouco acrescentou aos saberes pré-existentes.

Um outro aspecto da experiência prática, como produtora de conhecimentos, refere-se à vivência na própria situação de atendimento, aparentemente desvinculada do espaço institucional onde esta se dá:

"Teve uma sensibilidade de perceber o que era importante pra aquele momento, a pessoa veio com um pedido e a gente conseguiu observar o que fazer, dar conta daquele pedido (...)."

"Tem um outro conhecimento que é o conhecimento da relação, de você, da dinâmica do caso, você com o paciente, você com a história toda que vai acontecendo com o tempo (...)."

"(...) o trabalho nuclear da família surgiu uma forma de conhecer na prática, a gente estuda a dinâmica (...) na prática teve um conhecimento disso (...)."

A experiência de vida foi um dos aspectos ressaltados pelos trabalhadores, como responsável pela aquisição de conhecimentos. Tradicionalmente, o conhecimento advindo do cotidiano de vida das pessoas é distinto hierarquicamente do conhecimento

científico e denominado senso comum. “Um vasto conjunto de concepções geralmente aceitas como verdadeiras em determinado meio social recebe o nome de senso comum”. (Cotrim¹⁶ apud Francelin, 2004)

A distinção entre ciência e senso comum, quando feita com base na ciência, significa distinguir entre conhecimento objetivo e opinião ou preconceito (do senso comum), tendo o poder de definir situações que ultrapassam seu próprio conhecimento. Quando esta distinção é feita a partir do senso comum, procura distinguir seu conhecimento óbvio e útil de um conhecimento (científico) incompreensível e prodigioso. O senso comum e a ciência, sendo construídos historicamente, possuem características conservadoras e contém em si, ideologias dominantes. Há uma tendência a constituírem-se como verdades absolutas e exercerem a função de regulação social. (Santos, 2000)

Atribuir ao senso comum a condução e a definição das ações de atenção em saúde mental pode significar uma escolha conservadora, preconceituosa, paternalista e autoritária. O senso comum não aceita a diferença e mostra-se normativo. Funciona emitindo julgamentos morais e adota uma atitude anti-reflexiva. (Teixeira, 2004)

Portanto, quando o senso comum é expresso como um conhecimento dos trabalhadores, ele pode simplesmente ter um papel reiterativo nas práticas realizadas:

“(...) tem que ter muito bom senso, tem que saber a hora, tem hora de crise (...) hora de crise não dá pra trabalhar certos assuntos.”

O bom senso, no discurso do trabalhador, é ainda uma explícita atribuição de valor (bom) ao senso comum, ou seja, “faculdade de discernir entre o verdadeiro e o falso; aplicação correta da razão para julgar ou raciocinar em cada caso particular da vida”. (Ferreira, 1988: 594)

Para Teixeira (2004), a utilização das suposições do senso comum, no caso das práticas atuais em saúde mental, ocorre em função da ausência de elementos e parâmetros operativos, que sustentem o cotidiano da atenção, fazendo com que os trabalhadores recorram às obviedades e clichês sobre idéias mais gerais de felicidade, vida social, respeito, inclusão social e cidadania. Este uso do saber contido no senso comum pode ser observado a seguir:

¹⁶ Cotrim G. Fundamentos da filosofia: história e grandes temas. 15ª ed. São Paulo: Saraiva; 2002.

“O conhecimento que eu usei naquele momento foi o conhecimento de vida (...) de respeitar o outro (...).”

“Conhecimento a gente usa muitos, mas são conhecimentos da sociabilidade, são conhecimentos da nossa vida (...).”

“(...) é um conhecimento da vida, da prática, do contato, do que a gente tem, todo mundo tem, em algum momento a gente já se sentiu um pouco excluído (...) acho que isso me ajuda com eles [usuários].”

“Acho que é um conhecimento da vida (...) de escutar, de dar carinho, de amparar (...) e isso é da vida.”

“(...) o que eu penso que é o direito das pessoas (...) pensar em inclusão e cidadania, é o que eu acho que qualquer pessoa tem direito, qualquer pessoa tem.”

“(...) [o conhecimento] que eu acho que também vem da vida, eu passei por muitas situações na minha vida, muitas dificuldades (...) hoje reflete aqui [no CAPS], estar entendendo um pouco, estar vendo, convivendo com pessoas como a gente convive (...).”

“(...) trabalhar com o ser humano é poder trabalhar muito com a sensibilidade, eu acho que você está sempre olhando pra tua vida, podendo se colocar no lugar do outro, podendo se colocar no sofrimento do outro pra poder ajudar de alguma forma (...).”

“Assim, eu procuro sempre me colocar no lugar das pessoas (...) eles [usuários] acabam assim tendo você ali como referência (...) sempre acabei me colocando no lugar deles (...).”

Por outro lado, segundo Santos, o senso comum possui uma dimensão utópica e libertadora, que se pode valorizar por meio do diálogo com o conhecimento pós-moderno. O conhecimento científico pode adquirir um caráter emancipatório, não compartimentado, podendo romper com o senso comum conservador e transformar, a si mesmo, num senso comum novo e emancipatório.

[...] o senso comum faz coincidir causa e intenção [...] é prático e pragmático [...] é transparente e evidente [...] é exímio em captar a complexidade horizontal das relações conscientes entre pessoas [...] é interdisciplinar e não-metódico [...] privilegia a ação que não produza rupturas significativas no real [...] não ensina, persuade ou convence [...] funde o emocional com o intelectual e o prático. (Dewey, Bentley¹⁷ apud Santos, 2000: 108)

Estas características utópicas e libertadoras do senso comum têm uma virtude emancipatória. Deixado a si mesmo, o senso comum é conservador, mas, transformado pelo conhecimento-emancipação é imprescindível para a construção do momento de

¹⁷ Dewey J, Bentley A. Knowing and the known. Boston: The Beacon Press; 1949.

saber e da solidariedade enquanto prática política. (Santos, 2000)

Esta possibilidade de construção pode ser desvelada no discurso dos trabalhadores, quando diz respeito a considerar o saber do usuário:

“(...) ela [usuária] constrói muitas teorias, muitos conhecimentos, mas que são próprios dela e que o tempo inteiro eu me vejo operando sobre aquele tipo de conhecimento, o conhecimento que ela traz (...).”

É de extrema importância observar que a explicitação do saber do usuário esteve presente em uma única entrevista. No contexto da Reforma Psiquiátrica que, entre seus pressupostos, defende o exercício da cidadania, é inconcebível o não-reconhecimento do saber do usuário. Ao entendermos que o estabelecimento da vida social passa pelas possibilidades de trocas e intercâmbios, este se torna um princípio a ser desenvolvido, inicialmente nas relações terapêuticas para posterior ampliação na rede de relações sociais.

Considerando que o saber psicanalítico esteve fortemente representado, no discurso dos trabalhadores, pode-se supor que, neste saber, esteja implícito um certo saber do usuário. Porém, este conhecimento, na ótica da psicanálise, estaria vinculado com o sintoma e a subjetividade, especificamente voltado para o trabalho terapêutico. Além disso, a construção do projeto terapêutico dos usuários pressupõe o estímulo a sua participação ativa, considerada fundamental para dar sentido às ações e intervenções a serem implementadas pelos trabalhadores.

Pelo discurso dos trabalhadores, pôde-se identificar um campo heterogêneo de conhecimentos, em que há saberes mais e menos estruturados, que embasam suas práticas no CAPS. Considerou-se como saberes mais estruturados, do campo específico da saúde mental, aqueles em que há um corpo de concepções teóricas bem estabelecidas.

Estes saberes estiveram representados pela psiquiatria, psicanálise, psicologia e pela reabilitação psicossocial. Dentre estes, o saber psicanalítico esteve mais fortemente representado e a reabilitação psicossocial foi de pequena expressividade como campo de saber no discurso dos trabalhadores. Fora do campo da saúde mental foram também identificados outros saberes estruturados, que contribuem nas práticas em saúde mental.

Os saberes menos estruturados, nos quais não se encontram corpos conceituais definidos, relacionaram-se às vivências práticas de atenção em saúde mental, supervisões e a própria experiência de vida como produtoras de conhecimento.

Na discussão dos instrumentos do trabalho objetivou-se, inicialmente, abordar os saberes que orientam e dirigem as práticas a serem realizadas, ou seja, os saberes que discriminam as relações adequadas, entre objeto de trabalho e instrumentos, para obter o fim alcançado. Em seguida abordaremos o modo como os instrumentos entram em ação para produzir a transformação desejada, isto é, como se realiza o fazer.

Os fazeres dos trabalhadores

Como proposto anteriormente, a discriminação entre saber e fazer, enquanto instrumentos do processo de trabalho, foi utilizada para facilitar a análise e a discussão do tema. Entende-se que o trabalho é uma ação transformadora caracterizada por uma finalidade, que direciona todo o processo numa atividade praxica, isto é, no qual saber e fazer são indissociáveis.

A este respeito, o discurso dos trabalhadores explicita a dificuldade em construir instrumentos de ação (fazer) coerentes com uma visão teórica (saber), para operar as transformações desejadas:

“O instrumental mesmo de agir (...) como transformar toda a sua visão em uma ação concreta que modifique ou que reinstale a saúde (...) é um dilema não só pro CAPS, como pra todo mundo.”

Vimos que o saber psiquiátrico é um dos conhecimentos presente no discurso dos trabalhadores. No início do século XX, a psiquiatria recolhia os fenômenos e limitava-se a estabelecer um diagnóstico e arriscar um prognóstico. Hoje, os diagnósticos são feitos conforme os manuais psiquiátricos e a medicação é prescrita segundo uma correlação entre o diagnóstico e a medicação estabelecida pelas neurociências. (Quinet, 2001)

O objeto da psiquiatria atual adquire o caráter de transtorno, disfunção a um estado “normal” e tem uma correspondência medicamentosa no sentido de eliminá-lo. A ambição da psiquiatria biológica é reducionista, como se a existência de cérebros e sintaxes neuronais pudessem substituir o que nos habituamos a chamar de vida mental. (Serpa Junior, 2001)

Nessa lógica, o fazer do psiquiatra fica restrito a identificar o transtorno e

medicá-lo adequadamente, tornando-se, assim, a prescrição do medicamento seu instrumento de intervenção no processo de trabalho:

“(...) a gente identificou (...) tinha a questão psicopatológica, começou a medicar, começou a melhorar a questão psicopatológica (...).”

“Medicação, que ela tomou, que ela toma ainda hoje (...).”

“(...) a nossa intervenção envolveu o meu atendimento médico (...) não utilizei em momento algum medicamento mais intenso (...).”

“(...) ela [usuária] tinha abandonado o tratamento aqui no CAPS (...) voltou a me procurar (...) eu entrei com uma medicação pra ela (...).”

Na ausência deste instrumento, o médico ficaria impedido de intervir ou não estaria em condição de fazer um “bom trabalho”, como mostra o discurso dos trabalhadores:

“(...) se você não tiver o medicamento não vai adiantar nada (...) a gente sente muita falta (...) de você ter sempre o medicamento pro profissional poder desenvolver o melhor trabalho.”

É interessante observar que há poucas referências ao fazer psiquiátrico, identificado com o ato de medicar, no discurso dos trabalhadores, embora os psiquiatras fossem maioria entre os entrevistados e a prática cotidiana deste CAPS, segundo a observação da pesquisadora, esteja centrada no atendimento médico individual. As práticas desveladas, por meio da análise do discurso dos trabalhadores, que se manifestam com maior predominância, estão referidas às necessidades da própria relação terapêutica, na qual as características do trabalhador-terapeuta são ressaltadas, por se tratar, ele próprio, instrumento de um fazer clínico.

Na visão psicanalítica, o trabalho do terapeuta está centrado na análise da relação transferencial estabelecida pelo sujeito com ele. Sua posição é a de identificar o que lhe é dito, no plano do inconsciente. Para isso, deve voltar o seu próprio inconsciente para os conteúdos inconscientes que lhe são comunicados, reconstruindo-os, baseando-se nas associações livres do sujeito.

Para que o analista possa utilizar o seu próprio inconsciente, como instrumento de trabalho, ele deve submeter-se à análise para conhecer o seu próprio funcionamento psíquico, suas próprias resistências, ficando ciente do que poderia interferir na

compreensão do que o sujeito lhe diz. Freud (1988: 130) recomendava que “[...] todos que desejem efetuar análise em outras pessoas terão primeiramente de ser analisados por alguém com conhecimento técnico”.

Esta posição parece compartilhada pelos trabalhadores do CAPS, pois foi possível identificar nas frases temáticas que eles colocam o seu próprio conhecimento inconsciente, em ação na relação terapêutica:

“(...) [utilizei] um pouco mais do que eu aprendi em termos do que você faz de análise pessoal (...) você se conhece um pouco melhor e tenta um pouco aplicar, encontrar isso em outras pessoas também.”

“Acho que tem os conhecimentos seus, de quem você é.”

“(...) a gente maneja [as questões pessoais] (...) tem situações que cruzam ou que pegam da nossa vida pessoal e que vai fazer a gente sensibilizar mais ou menos com determinadas situações e investir de uma forma ou de outra (...).”

“E acho que [conhecimento] da análise pessoal, de mim, eu que vou aprender até onde eu posso ir ou não.”

Um outro instrumento do fazer psicanalítico, presente no discurso dos trabalhadores, é a escuta. Freud preconizava que o analista deveria manter uma “atenção uniformemente suspensa” em face de tudo que escuta, o que significa não selecionar conscientemente o material que lhe é apresentado. A intenção é conter todas as influências conscientes, da sua capacidade de prestar atenção, e abandonar-se totalmente à “memória inconsciente”. O analista “deve simplesmente escutar e não se preocupar se está se lembrando de alguma coisa”. (Freud, 1998: 126)

Nesse sentido, ouvir não é o mesmo que fazer uma escuta:

Ouvir é um sentido fisiológico, basta dispor de uma certa integridade biológica associada a um bom desempenho neurofisiológico de funções e as coisas estarão mais ou menos equacionadas. Escutar é uma outra coisa. É um ato psicológico. Impõe uma disposição interna de acolher signos, ora claros, ora obscuros, e buscar alcançar algum registro que viabilize algum campo de trocas. (Pitta, 1994: 155)

Para a psicanálise, a escuta tem uma determinação precisa, por se tratar de uma forma de acesso aos conteúdos inconscientes do sujeito. No entanto, pode-se também valorizar um outro tipo de escuta, que pode refletir necessidades conscientes e concretas das pessoas, não menos importantes que as inconscientes.

No discurso dos trabalhadores, identificou-se como instrumentos do trabalho

tanto o termo escutar, como ouvir. Embora não seja possível avaliar o sentido preciso em que estes termos foram empregados, pode-se inferir que houve uma utilização com significado de tolerância ou disponibilidade:

“(...) às vezes uma palavrinha acalma (...) uma escuta (...) o paciente vem tão agitado, tão agitado e às vezes ele só quer contar uma coisinha pequena que aconteceu, você escuta e acabou, passou.”

Em outros trechos do discurso a escuta ou simplesmente o ouvir o usuário parecem adquirir o sentido de uma compreensão mais aprofundada, seja de questões subjetivas ou objetivas:

“A gente começou a acompanhar, a escuta [do usuário] era feita em dupla, com a colega psicóloga (...).”

“(...) é possível de alguma maneira, pelo menos, ouvir a pessoa [usuário] amplamente, poder pensar, fazer uma abordagem o mais ampla possível. (...) a gente tem mais é que encarar e ver o que pode ser feito.”

“É questão de tempo pra ouvir, vamos parar, vamos ver o que acontece, vamos deixar a pessoa pensar (...) é um modelo de atendimento, de vamos ouvir, vamos conversar.”

A questão do fazer psicanalítico, no campo da Reforma Psiquiátrica, tem gerado muitos questionamentos. Para uma parte dos trabalhadores da reforma, a clínica psicanalítica não deve ser abandonada quando se defende a cidadania dos loucos, pois localizam nesta prática a possibilidade de produção de sujeitos, isto é, a busca do “lugar social” dos sujeitos depende do trabalho de constituição destes sujeitos. (Tenório, 2001b: 129)

Foi possível localizar, no discurso dos trabalhadores do CAPS, o reconhecimento de que a abordagem de aspectos da subjetividade, por meio do trabalho psicoterapêutico, possibilita uma melhora da situação inicial dos usuários e transformações nas possibilidades do viver:

“(...) com relação a esse grupo (...) são pacientes que começaram aqui, entraram aqui com um quadro complicado, com uma vida difícil e que acho que hoje estão melhores, na medida do possível (...).”

“(...) tinha uma idéia muito da impermeabilidade do psicótico à terapia (...) algumas experiências (...) mostraram situações de transformação tão grande, de qualidade de vida, de percepção de identidade, de estima, de possibilidade, que não dá mais pra

questionar.”

Segundo Amarante (2003: 58), a clínica valoriza a relação com a doença e visa perceber os sintomas e a essência dessa “natureza deformada que seria a doença”. Por esta razão, se na Reforma questiona-se a doença, a clínica também deve ser transformada, pois a relação que se pretende não é mais com a doença e sim com o sujeito da experiência.

Embora seja necessário ampliar a discussão sobre a dimensão do trabalho estritamente clínico nas práticas da Reforma, este é um instrumento muito utilizado no campo da saúde mental, como pode ser visualizado nos trechos a seguir:

“Expressivo do meu trabalho no CAPS (...) são os atendimentos [em psicoterapia] (...) traz mais à tona um pouco daquilo que você sabe, um pouco da sua experiência, daquilo que você gosta de estar fazendo.”

“A terapia individual em alguns cabe bem, de linha psicanalítica.”

“(...) no grupo é uma riqueza que eu nunca tinha experimentado, pra mim funciona muito, um entra em contato com o outro, um fala do outro, através da experiência de um o outro se organiza um pouquinho (...).”

“(...) elencamos alguns pacientes (...) tentamos fazer uma composição de um grupo (...) não poderiam ser pacientes muito confusos, teriam pessoas que pudessem se beneficiar do discurso, da fala (...).”

Evidencia-se ainda, como no último fragmento acima, que o instrumento psicoterapia é seletivo, ou seja, utilizou-se do critério possibilidade de fala e “não confusão” para a inclusão dos usuários no grupo. Dessa forma, o próprio instrumento do trabalho torna-se excludente, contrariando não só um dos princípios básicos da Reforma, mas concepções presentes no próprio campo da clínica psicanalítica que considera que “o trabalho da psicanálise consiste em, diante dos fenômenos da psicose, oferecer-lhes uma escuta clínica através da qual eles possam se tornar discurso, inscrição, obra do sujeito”. (Tenório, 2001b: 125)

As psicoterapias, em geral, constituem-se em espaços formais que privilegiam o trabalho em território psíquico, considerando as manifestações explicitadas pelos sujeitos como resultado de conexões entre o mundo psíquico e o mundo real. É um trabalho que exige conhecimentos e técnicas específicas.

Entretanto, para Saraceno, Asioli e Tognoni (1997), os trabalhadores de saúde mental, independente da formação ou categoria profissional, deveriam possuir uma atitude psicoterapêutica. Esta consiste na possibilidade de compreender e aceitar o que o usuário diz e vive, mantendo uma relação de proximidade e favorecendo ao usuário a busca de uma maior clareza em relação aos diversos aspectos que envolvem os seus problemas.

Essa atitude psicoterapêutica é traduzida em diversos fazeres, como pode ser observado nas frases temáticas a seguir:

“(...) você empresta confiança, está junto, estrutura o sujeito frente àquela realidade.”

“(...) perceber nele [usuário] aquela insegurança (...) você percebe o mal-estar e aí você tem que explicar de uma outra forma (...) você senta e conversa de novo (...).”

“(...) eu recorro a realmente conversar com ele [usuário] e entender aonde que está a dúvida e tentar mostrar pra ele ou explicar pra ele o que eu sei, de uma outra forma (...).”

“(...) que população é essa que a gente atende que precisa muitas vezes de um agenciamento que é alguma coisa ali do pedagógico [explicação] mesmo (...).”

“Acho que principalmente na lanchonete [projeto trabalho] (...) é um lugar que eu consigo ter essa possibilidade de levar em conta a subjetividade da pessoa, as limitações (...).”

Compartilhar, conversar, explicar, orientar, aceitar possibilidades e limites fazem parte de um conjunto de atitudes necessárias ao desempenho da função psicoterapêutica, lembrando que não se tratam de psicoterapias. Esta é uma atitude partilhada pelos trabalhadores da equipe, pois, entre os autores dos discursos anteriores, não existem somente profissionais com formação específica em psicoterapia.

Um outro aspecto desta atitude é explicitado pela disponibilidade dos trabalhadores em relação às situações vivenciadas com os usuários:

“Sabe, essa coisa de você estar lá, de ser você o tempo todo, eu acho que da hora que eu entro a hora que eu saio, eu estou atendendo (...) é a minha pessoa que está aparecendo ali, não é a teoria (...) eu e a minha disponibilidade pra atender essa clínica (...).”

“Teve um dia que eu cheguei, e ele [usuário] tava tão nervoso (...) eu não sou terapeuta dele, mas eu pude dar um acolhimento (...).”

“(...) um paciente (...) faz uma crise de agitação intensa (...) houve um trabalho e essa crise foi contida somente no verbal, no trabalho, no entendimento (...).”

“Aqui [no CAPS] (...) eu vejo o paciente praticamente toda semana, os que estão mais graves, até mais, quando é necessário até três, quatro vezes por semana (...).”

Conforme o Novo Dicionário Aurélio (1998), um dos sentidos da palavra disponibilidade refere-se a um estado de espírito caracterizado pela predisposição a aceitar as solicitações do mundo exterior. No caso do CAPS, a “solicitação do mundo exterior” pode ser de várias ordens. Observa-se que nos fragmentos acima, a maioria das frases temáticas faz referência a necessidades de se dispor a acolher situações mais graves ou críticas. Para um serviço como o CAPS, estas são situações comuns, na medida em que a proposta é o acolhimento de pessoas com grave sofrimento psíquico.

Nesse sentido, disponibilidade pode se tratar da capacidade de responder com agilidade, rapidez e segurança aos pedidos de auxílio, em função da imprevisibilidade das situações ligadas aos usuários e familiares. Este é, inclusive, um dos pontos fundamentais para a efetivação de um serviço substitutivo. (Kinoshita, 1996)

Entretanto, disponibilidade não se refere exclusivamente ao acolhimento de situações críticas. Cotidianamente esta característica do fazer dos trabalhadores do CAPS precisa ser posta em ação, significando uma “tomada de responsabilidade” ante os problemas dos usuários. Como tomada de responsabilidade entende-se uma atitude de implicação por parte do trabalhador, do tipo “tudo o que diz respeito a este sujeito me importa, me diz respeito diretamente”, ou seja, significa adotar uma perspectiva ampla da atenção para os usuários, em toda a sua complexidade, e nas relações com o serviço e o território. (Teixeira, 2004: 30)

Retomaremos este ponto posteriormente. Resta ainda verificar outras características, do fazer dos trabalhadores, mais diretamente vinculados à relação destes com o usuário. Uma atitude solidária e afetiva é desejável como característica das relações estabelecidas num serviço de saúde mental. Isto significa respeito para com a experiência vivencial do usuário; devolução de sua dignidade; consciência da falta de poder e de suas necessidades; e atitude carinhosa e segura para que se sinta aceito, reconhecido e confiante. (Saraceno, Asioli e Tognoni, 1997)

Esta atitude reflete, novamente, a disponibilidade dos trabalhadores para entrar em contato com os usuários, vivenciar conjuntamente as situações cotidianas e proporcionar a construção de vínculos entre trabalhadores e usuários:

“Eu procuro sempre trabalhar numa boa (...) recebendo eles [usuários] bem (...).”

“Eu enlouqueci com a [usuária] S cantando, já cheguei, já conversei, comecei a bater papo (...). Hoje ela está comigo a S, mas acho também uma paixão à primeira vista.”

“Eu acho que é mais a coisa de ter paciência, de ter um carinho por essas pessoas [usuários], por estar envolvida com essas pessoas, por realmente acreditar que eles necessitam de um trabalho, que tem que ser mais conversado.”

Mesmo em situações tensas, onde há desacordo entre trabalhadores e usuários, uma posição solidária e afetiva pode direcionar um determinado fazer, baseado no respeito e na possibilidade de negociação para encontrar uma solução comum ao problema:

“(...) eu fui rígido com ela [usuária], eu não concordei com a forma como ela estava conduzindo, ela tava passando por cima de uma coisa que foi estabelecida por um grupo (...) eu fui bastante duro, bastante enérgico, mas assim, eu procurei respeitá-la, por isso que eu abri canais de negociação que foram conduzidos (...).”

“(...) a gente não tinha uma proposta com ele [usuário] desde o início de obrigá-lo a tomar medicação, a gente tentava conversar e apontar pra ele que ele não tomar remédio, ele teria como consequência algumas coisas que já tinham ocorrido, internações, internações prolongadas, internações compulsórias (...) ele barganhava porque ele tinha medo de voltar pra o hospital.”

No primeiro caso fica explícito que o trabalhador estabelece um limite à usuária, respeitando a posição coletiva, porém, por também respeitar a experiência vivencial da usuária, propõe a negociação de outra saída, no entanto, na segunda situação, embora houvesse o respeito à posição do usuário de não tomar medicação, a negociação estava baseada em consequências que o próprio usuário temia, deixando velada uma certa posição ameaçadora do trabalhador, contrária, portanto à atitude solidária. Poder-se-ia pensar inclusive que a colocação de um limite mais claro e o ato de medicá-lo poderia ser uma atitude de cuidado, desde que assim fosse explicitada.

Essas características do fazer, na relação entre trabalhadores e usuários, progressivamente proporcionam a construção de vínculos, importantes para os processos terapêuticos, seja com os próprios trabalhadores ou com o CAPS. Os trabalhadores, individualmente e coletivamente, se constituem em referências para os usuários:

“(...) mesmo ele [usuário] tendo informações [do INSS] contrárias as que ele recebia

aqui [no CAPS], ele voltava e perguntava, e não desconsiderava aquilo que a gente falava (...)."

"[O atendimento familiar] foi uma resposta de um processo que ele [usuário] tem vivido aqui (...) parte de um processo mesmo de aproximação, de confiança que foi sendo estabelecida."

"Eu posso pensar em várias situações de atenção em saúde mental (...) o trabalho que a gente acaba realizando no acolhimento do paciente e na relação do paciente com a casa, na apresentação, no trabalho de referência talvez."

"(...) o vínculo é uma coisa muito importante (...) você marca um horário e você está lá, marca uma sala e está lá (...) abre uma escuta e você escuta, eu acho que essas pessoas [usuários] que estão lá vão sentindo que elas são importantes, que elas têm um espaço ali de fala."

A idéia de vínculo traz em si a possibilidade de processo de continuidade. Do ponto de vista da atenção aos usuários do CAPS, sabe-se a imensa dificuldade, decorrente de sua problemática, em estabelecer laços com pessoas novas e lugares desconhecidos. Quando se consegue um vínculo em uma instituição, este deve ser mantido, pois é por meio dele que surgem as possibilidades terapêuticas. (Goldberg, 1996)

O acolhimento cotidiano no CAPS pressupõe o estabelecimento de muitas situações, de caráter e atitude terapêutica, capazes de proporcionar laços e espaços de existência. Para muitos usuários, as condições de alheamento e exclusão em que vivem, os impedem de conviver com os outros. "Pessoas que passaram muito tempo em casa não têm assunto para conversar." (Goldberg, 1996: 42)

No interior da instituição convidam-se os usuários a conviver, a experimentar se relacionar, a usar a linguagem como forma de construir laços. A convivência está expressa na frase que se segue:

"[No CAPS] esse corpo a corpo é educativo, entre aspas, no sentido de falar [ao usuário]: 'Olha, enxerga o outro (...) eu sou uma pessoa e o teu problema mental é um problema de relação, então você vai se relacionar comigo, eu enquanto pessoa do mundo'."

Há um fazer do trabalhador baseado na convivência, mas uma convivência propositiva, uma posição ativa dirigida ao relacionar-se, porém, o discurso indica uma ação educativa. Embora não seja possível avaliar o uso do termo, no discurso do trabalhador, é preciso atentar para uma vertente deste fazer, que pode indicar uma

tendência à normatização, ou seja, proporcionar um aprendizado do jeito “normal” de se relacionar.

O campo da convivência deve ser rico em possibilidades, pensa-se em uma verdadeira ambiência, isto é, um ambiente propiciador e estimulador de trocas, contatos, que desperte a vontade de ali estar. Lugar que oferece a continência necessária aos usuários, onde se aproveitam as múltiplas situações de informalidade para a lida constante e diária de aspectos conflitivos, angústias ou simplesmente para “jogar conversa fora”.

É interessante observar a pequena representatividade deste fazer cotidiano e informal, característico de um serviço de atenção diária, no discurso dos trabalhadores. De modo geral, o que foi considerado como importante na relação entre trabalhador e usuário (escuta, vínculo, disponibilidade, acolhimento, afetividade), ocorre geralmente em espaços formalizados ou em situações críticas. Um exemplo disso é a disponibilidade e a preocupação do trabalhador em favorecer a continência e o contato, no ambiente restrito de seu trabalho:

“(...) tentar fazer do consultório [odontológico] um ambiente agradável (...) um clima tranquilo, um clima leve, porque as pessoas já têm medo, o dentista já é uma situação em que a pessoa fica meia constrangida.”

Reiterando essa idéia, surgem mais situações onde a convivência é oferecida dando-se em espaços estruturados:

“(...) inserindo aqui na casa, em projetos (...) projeto de trabalho (...) em psicoterapia (...) grupo de expressão corporal de uma aprimoranda (...) projeto de cinema (...).”

“Na informática [oficina], o que acabou acontecendo, eu percebi que lá virou um espaço de acolhimento (...) eu acho que esses espaços não oficiais de terapia funcionam demais, é muito rico, é demais.”

Até o momento, percebe-se que as práticas ocorrem no interior da instituição, ressaltando-se como importantes características destes fazeres, atitudes terapêuticas e solidárias como instrumentos primordiais da atenção. Cabe agora retomar a noção de tomada de responsabilidade pelos trabalhadores da equipe do CAPS e verificar se há práticas voltadas para a ampliação do sujeito, isto é, se existem fazeres que articulam o sujeito e suas condições concretas de vida.

Segundo Kinoshita (1996), os serviços de saúde mental, tradicionalmente, estão

voltados para dar atenção aos momentos de crise, deixando de assumir sua responsabilidade nos momentos de vida cotidiana. É exatamente nesses momentos, de enfrentamento dos problemas da vida, que os usuários mais necessitam de atenção, pois, diante das dificuldades que a vida lhes impõe, acabam sendo novamente remetidos ao seu lugar de doentes, como única estratégia possível de sobrevivência.

Por isso, torna-se prioritário que o fazer dos trabalhadores esteja dirigido para o desenvolvimento de projetos de vida, e que as intervenções sejam orientadas para ações concretas e criação de novos contextos e possibilidades, em que a “produção de uma nova subjetividade do paciente é operada através de *projetos práticos que resgatam sentido para a vida dos pacientes*.” (Kinoshita, 1996: 46 grifo do autor)

A perspectiva da atenção torna-se a ampliação das possibilidades de relações dos usuários, para além do CAPS. A vida social é pautada em trocas e boa parte das dificuldades dos usuários está na manutenção de seu valor social como doentes, portanto, um valor negativo ou nulo, diante dos valores atribuídos socialmente aos indivíduos. Em consequência disso, é freqüente o empobrecimento da rede de relações sociais dos usuários, a começar da primeira rede social, que é o núcleo familiar.

Saraceno (1999) considera um equívoco distinguir demais o âmbito familiar do âmbito social mais amplo, por considerar que, além desta separação ser muito sutil, o sofrimento da rede familiar influi na riqueza da rede ampliada, e vice-versa. Ademais, as intervenções que melhoram as relações familiares também geram expansões da rede ampliada.

Um dos campos de intervenção no contexto de vida dos usuários é a relação familiar. O acolhimento dos familiares é de fundamental importância, pois a situação de adoecimento de um parente é uma situação de grande desestrutura e é necessário que o CAPS propicie espaços de continência para os familiares, do mesmo modo como faz aos usuários. Observa-se que os trabalhadores expressam a preocupação em produzir intervenções junto aos familiares, implicando-os na atenção realizada com o usuário:

“(...) a companheira dele [usuário] veio citar uma coisa vivenciada no final de semana e nós, diante dessa queixa dela, abrimos um espaço para que os dois pudessem conversar juntos (...).”

“Eu acho que essa experiência de inserir, trazer uma pessoa da vivência pra cá [CAPS] (...) pode ser muito mais produtivo do que atender somente aquela pessoa [usuário].”

“(...) a gente não estava abordando somente a saúde mental do usuário, a gente estava abordando o que é este relacionamento dele dentro de uma união, dentro de um casamento (...).”

“Então, eu tenho que manejar isso [relação mãe e filho] (...) mostrar pra essa mãe que ele é um filho dela e que não vai deixar de ser filho dela, que às vezes ela tenta simplesmente mantê-lo o mais distante possível.”

“Se eu não fosse firme nesse propósito [atendimento familiar] com esse pai, teria perdido o pai e aí não teria sido feito nenhum trabalho (...) a gente sabe que é preciso tratar os dois [pai e filha] (...).”

“(...) a mãe também teve um atendimento (...) eu conversei um pouquinho com ela antes, eu deixei essa mãe tranquila (...).”

Muitos familiares não estão preparados para enfrentar as dificuldades que surgem, desestruturam-se com as situações cotidianas, não sabem como agir, além de se perguntarem incessantemente sobre sua participação no problema. Nas situações de maior gravidade, nas quais os sintomas perduram por muito tempo e as dificuldades de relacionamento social vão se intensificando, a família acaba também se isolando e restringindo suas possibilidades existenciais. (Melman, 2001)

Cada situação familiar possui também suas singularidades e muitas vezes é preciso se deslocar, ir até a família, compreender os acontecimentos no local em que as pessoas vivem. As visitas domiciliares constituem-se em instrumentos de intervenção importantes, seja para o trabalho de conhecimento da vida familiar ou para responder a um pedido de ajuda desta, como nos discursos a seguir:

“A gente tinha uma notícia de que ela [mãe da usuária] estava em casa, muito mal (...) eu fui na casa dela e ela realmente estava numa situação muito dramática.”

“(...) as irmãs [do usuário] vieram no grupo de família relatando que a mãe dele tava mal (...) aí nós decidimos fazer uma visita e ver o que estava acontecendo.”

Aqui, cabe a observação de que o deslocamento do trabalhador à casa do usuário foi motivado por uma informação de que algo não estava bem na família, caracterizando uma situação de atendimento “de crise” e não uma atividade cotidiana de reconhecimento e cultivo de possibilidades de vida social familiar.

No contexto do tratamento do usuário, os instrumentos de acompanhamento familiar podem ser construídos em dois eixos. O primeiro se refere às dinâmicas de relacionamento entre os membros da família que, muitas vezes, determinam

intervenções no núcleo familiar, isto é, no grupo de elementos que compõe as famílias. Observa-se que esta prática é mais freqüente entre os trabalhadores do CAPS, que a utilizam com o objetivo de rediscutir as relações, os lugares de cada um no grupo e a produção de novas possibilidades:

“Então, em parte acho que eu to conseguindo um pouco mais de estabilidade entre ele [usuário] e a mãe.”

“(...) um atendimento nuclear com essa família (...) a gente facilitou um pouquinho a comunicação (...) deu pro C [usuário] se expressar um pouco (...).”

“(...) a gente começou a trabalhar muito uma coisa nuclear com a família (...) o pai aceitou que ele [usuário] fosse morar com ele (...).”

“(...) uma história que deu certo, porque a família aceitou [o usuário] (...).”

“(...) a intervenção na família teve dois efeitos (...) [a usuária filha] que continua fazendo seguimento aqui no serviço, tá no projeto trabalho, vai fazendo sua reinserção no mundo como adolescente, e a C [usuária mãe] que saiu daquele lugar de doente (...) conseguiu uma coisa que pra ela era muito importante (...) o exercício do trabalho (...).”

O segundo eixo de intervenção com os familiares tem como finalidade o fortalecimento desses enquanto sujeitos e a possibilidade de recuperação de seus próprios projetos, a começar de um processo de “descolamento” da condição de “familiar de doente mental”. Este movimento pode transformá-los em parceiros do CAPS e co-responsáveis pelo tratamento de seus parentes-usuários.

Os familiares podem descobrir formas alternativas de lidar com os problemas. É possível expandir as possibilidades de intervenção, deslocando o olhar para “fora” das questões da família, abrindo pequenas frestas, que permitem alargar o cenário terapêutico, ao mesmo tempo em que se amplia o espaço de participação dos familiares na implementação de práticas em saúde mental. (Melman, 2001: 143 grifo do autor)

Esta forma de abordagem, cuja finalidade é o fortalecimento dos familiares como pessoas, não esteve representada no discurso dos trabalhadores, podendo indicar que, embora existam grupos de familiares em funcionamento na instituição, estes não se situam alinhados a esta proposta.

Além disso, o serviço deve acionar todos os recursos do território do usuário e seus familiares, de modo a estimular e propiciar o intercâmbio social, pois a “comunidade na qual se encontra o serviço é uma fonte inexaurível de recursos existentes e potenciais, tanto humanos como materiais”. (Saraceno, 1999: 101)

Assim, as intervenções fora da instituição são de grande importância e tem como finalidade a articulação com outros recursos e a ampliação da rede social dos usuários. No discurso dos trabalhadores, encontram-se referências quanto à necessidade de produzir instrumentos para atingir estes objetivos, porém, de modo geral, permanecem somente como intencionalidade, não se configurando em uma prática efetiva:

“(...) a gente tem que poder criar espaço para as pessoas [usuários] poderem se achar em outros lugares além desse espaço que a gente propõe, além do CAPS.”

“(...) comecei a pensar que talvez ele [usuário] pudesse ampliar esse espaço pra fora daqui (...) talvez possa ter um outro significado, ele possa se mostrar de outra forma (...).”

“(...) nós tentamos colocar esse paciente de uma maneira mais confortável diante das circunstâncias que a vida apresenta pra ele, seja familiar, seja a questão financeira, com a previdência social, os recursos que a sociedade oferece (...).”

Uma das raras situações expressa no discurso dos trabalhadores e caracterizada como um fazer fora do espaço institucional, esteve representada por uma atividade conjunta com outras instituições de saúde mental:

“(...) o evento lá da Nise [comemoração do Centenário de nascimento] (...) cada dia da semana teve uma atividade em um dos serviços (...) essa mistura foi muito legal, de você ter essa possibilidade e de viver algumas situações no dia do evento mesmo, onde você não sabia quem era quem (...) se tinha técnico, se tinha paciente (...).”

Outra característica do trabalho territorial é a articulação com os serviços de atenção e a construção de uma rede de atenção em saúde mental. Verifica-se que não há representatividade destas práticas no discurso dos trabalhadores, com uma única exceção que aponta para esta necessidade, em função da internação do usuário:

“(...) era legal ter um contato com o outro serviço [onde ocorreu a internação do usuário], tentamos entrar em contato (...) foi muito terrível porque não tinha retorno, ninguém conversava (...).”

Os pressupostos da Reforma Psiquiátrica no Brasil inauguram uma dimensão da atenção em saúde mental que consiste na defesa da cidadania das pessoas com transtornos mentais. Isto significa, além dos cuidados específicos de assistência, a promoção e o exercício de direitos, a participação social e a conquista de autonomia,

dentro das possibilidades sempre singulares dos usuários.

Para que esses objetivos sejam alcançados é preciso transformar os valores sociais atribuídos à loucura. Denomina-se poder contratual este valor atribuído a todos os indivíduos, no campo social, traduzido na capacidade de efetuar trocas, enfim, fazer parte do contrato social. Transformar a capacidade de contrato social dos usuários exige uma série de intermediações que os trabalhadores podem e devem realizar, ampliando o poder contratual dos usuários, por meio de ações de criação e estabelecimento de margens de tolerância e solidariedade junto à sociedade. (Kinoshita, 1996)

A defesa de direitos foi expressa no discurso dos trabalhadores como um fazer que permeou a ação:

“(...) tinha lá a questão dele [usuário] que recebeu alta de um auxílio doença (...) fiz toda a orientação, que ele poderia entrar com o pedido de reconsideração ou com recurso, tive que trabalhar com ele várias vezes (...).”

Fica também explicitada a importância da intermediação do trabalhador ou, em outras palavras, o empréstimo de poder contratual, necessário para que o usuário tivesse seus direitos reconhecidos e pudesse usufruir um conhecimento do qual só teria acesso posteriormente:

“(...) a agência aqui do INSS não queria protocolar o recurso [do usuário] (...) eu mandei um e-mail pra Brasília, Brasília mandou uma resposta, eu peguei essa resposta, coloquei na mão do M, ele foi até lá, eles protocolaram (...) a lei prevê isso (...).”

“Eu usei o conhecimento dentro da agência do INSS, como seria o tratamento pós-greve [do INSS] (...) eu tive posse dessa informação e usei dessa informação também.”

Um outro aspecto do desenvolvimento da autonomia dos usuários refere-se à inserção no trabalho, entendida como uma das possibilidades de produção de valor, recurso este que favorece as trocas sociais. O trabalho pode promover um processo de articulação do campo de interesses, das necessidades, dos desejos, desde que ele não seja estruturado como simples desenvolvimento de tarefas, o que o transformaria em formas de contenção e restrição do campo existencial. (Saraceno, 1999)

No fazer dos trabalhadores do CAPS encontra-se manifesta, enquanto idéia, a estruturação de espaços de aprendizado para o trabalho, para possibilitar a inserção no mercado:

“Eu tinha até idéias de tentar aplicar cursos profissionalizantes pra eles, tipo garçom, garçonete, ajudante de cozinha, mas pra isso a gente teria que ter também um suporte (...) parcerias tal, eu acho que essa sim era a proposta do trabalho.”

É interessante observar que o trabalho é um campo de intervenção prática existente no CAPS, porém não é indicado explicitamente no discurso dos trabalhadores como um fazer que propicia valor social. A noção do trabalho parece estar muito mais vinculada a uma idéia, não viabilizada, de que a inclusão só pode se dar com a inserção no mercado formal de trabalho.

Vimos que o fazer, enquanto instrumento dos trabalhadores do CAPS, constituiu-se de modo heterogêneo no discurso dos entrevistados, verificando-se uma predominância de fazeres dirigidos exclusivamente aos usuários, de caráter mais subjetivo, e poucas referências a práticas territoriais voltadas para aspectos da vida concreta dos usuários.

As práticas que mais se destacaram no discurso dos trabalhadores, relacionadas ao trabalho com os usuários, estiveram referidas às estratégias de intervenção tradicionalmente estabelecidas no campo da saúde mental (intervenção medicamentosa e psicoterapias) e a características ou atitudes do trabalhador-terapeuta, que fazem dele próprio um instrumento do trabalho. Estas características, do conjunto dos trabalhadores, também colocariam o serviço como um instrumento favorecedor de vínculo, referência e convivência, porém, esta função parece se deslocar mais para espaços terapêuticos estruturados como oficinas e projetos.

São de pouca representatividade as práticas que envolvem outros campos da vida social dos usuários. Neste âmbito, destaca-se a preocupação com o desenvolvimento de práticas que envolvem os familiares, visando, principalmente, a uma melhora das relações familiares e não a ampliação da rede social dos usuários. A possibilidade de práticas que abarquem outros aspectos da vida social (construção de rede social, direitos e trabalho), fica restrita ao discurso de poucos trabalhadores.

Talvez, por essa razão, esteja presente como um ideal a ser conquistado, a necessidade de sistematização de práticas ou “um verdadeiro instrumento” como indicado no trecho do discurso:

“Todo esse instrumental eu acho válido, mas eu acho que ainda está por se sistematizar, no caso desse trabalho substitutivo como o CAPS, um verdadeiro instrumento (...).”

Para analisar integralmente os instrumentos dos trabalhadores do CAPS, torna-se necessário retomar a noção de práxis, ou seja, a unidade indissociável de teoria e prática, que possibilita a construção de uma ação transformadora. Vimos que existe coerência entre o saber da psiquiatria e da psicanálise com um fazer caracterizado pelas intervenções medicamentosas e pelas psicoterapias, respectivamente.

Algumas das características do fazer dos trabalhadores, traduzidas nesta investigação, como atitudes psicoterapêuticas, podem estar alinhadas com o saber psicanalítico, porém, os indícios de práticas voltadas à ampliação do campo de vivência dos usuários, não encontram saberes correspondentes descritos pelos trabalhadores. Presume-se que essas práticas, por não encontrarem embasamento teórico-conceitual em saberes estruturados, advêm das experiências práticas (anteriores ou atuais) e do próprio senso comum, pois as referências que poderiam contemplar este embasamento, a reabilitação psicossocial e a desinstitucionalização foram pouco ou nada expressas no discurso dos trabalhadores.

Por outro lado, as práticas identificadas no discurso dos trabalhadores, como destinadas a abordar o sujeito e a rede social, não se caracterizam propriamente como atividades do campo da reabilitação, mas sim de socialização.

Saraceno, Asioli e Tognoni (1997) caracterizam socialização como um processo de estímulo às relações, baseado em atividades simples que não exigem nenhuma especificidade. Já a reabilitação psicossocial propõe atividades mais estruturadas, com finalidade de ampliação do nível de intercâmbio afetivo e social e, conseqüente, aumento de poder de contratualidade social e autonomia.

Dessa forma, observa-se que o discurso dos trabalhadores do CAPS expressa conhecimentos e práticas coerentes quando se trata de intervenções tradicionais, porém, os saberes descritos não embasam intervenções de caráter inovador e as práticas que se pretendem inovadoras tornam-se restritas e baseadas no próprio conhecimento prático ou no senso comum.

4.3 As finalidades dos processos de trabalho

Vimos anteriormente que o processo de trabalho ocorre mediante a intencionalidade do homem, ou seja, de uma finalidade estabelecida antes e durante a

execução do trabalho. A finalidade aparece de três modos nos processos de trabalho. Primeiro, o homem fica dotado de uma finalidade, por efeito de uma necessidade; segundo constitui-se o homem em atividade por efeito do homem dotado de finalidade; e terceiro, na persistência produtiva da atividade para operar a transformação do objeto, por meio dos instrumentos, até chegar ao resultado esperado. Porém, a finalidade não é qualquer uma dessas presenças, mas todas simultaneamente, inter-relacionando-se. (Mendes-Gonçalves, 1992)

As finalidades que orientam os processos de trabalho da equipe do CAPS, idealmente, deveriam estar alinhadas aos objetivos do próprio CAPS, enquanto serviço da rede de atenção à saúde mental. Em linhas gerais, é esperado que os CAPS atinjam suas finalidades em três grandes eixos: constituindo-se como serviço substitutivo às internações psiquiátricas, promovendo a inserção social das pessoas portadoras de transtornos mentais graves e articulando as ações de saúde mental no território de referência. (Brasil, 2005b)

São muitos os processos de trabalho que decorrem dessa proposição inicial, em função da complexidade de questões que surgem mediante o estabelecimento dos projetos terapêuticos dos usuários no CAPS:

O tratamento de cada usuário deve estar dirigido para a diminuição do sofrimento psíquico, neutralização ou desconstrução de processos crônicos, aumento da articulação social com o meio, desenvolvimento de potencialidades, ampliação do poder de contratualidade social e afetiva, ampliação de autonomia para a vida. (Barição, 2001: 135)

Na análise dos processos de trabalho, expressos no discurso dos trabalhadores, observou-se que a maioria das finalidades esteve relacionada ao trabalho direto com os usuários. A entrada do usuário, no serviço, foi caracterizada como uma intervenção que tem por finalidade o acolhimento da pessoa que chega:

“(...) quando eu estou na triagem eu já inicio uma abordagem, ela não fica só colhedora de dados (...) eu sempre procuro estender, as triagens sempre ficam longas.”

O momento de recepção da pessoa que procura o serviço é de extrema importância. Não se trata de um processo burocrático, mas de um momento de intervenção, no qual o trabalhador, além de identificar queixas, se ocupa de acolher as questões que são trazidas pelas pessoas, podendo, diante disso, ajudá-las a buscar saídas, dentro ou fora da instituição. Em se tratando de um CAPS, cuja população usuária, prioritariamente, é composta de pessoas com transtornos severos e persistentes,

o cuidado no momento inicial é ainda mais importante. É preciso, desde o primeiro contato, estabelecer um ambiente no qual o futuro usuário possa perceber a seriedade com que suas falas são acolhidas, do contrário há o risco de perdê-lo antes mesmo de iniciar o tratamento, pois, “não há na psicose, muitas vezes, chance para uma segunda tentativa.” (Goldberg, 1996: 40)

O acolhimento é fundamental não somente na entrada do usuário, mas em todo o seu processo de tratamento. Acolher significa receber, dar ouvido, aceitar, tomar em consideração, ou seja, são princípios que norteiam a forma das relações estabelecidas entre os trabalhadores e a própria instituição com os usuários e suas demandas. (Costa-Rosa, Luzio, Yasui, 2003)

Vimos que o acolhimento pode configurar-se como uma prática, ao implicar uma atitude diante dos usuários ou familiares, e também como uma finalidade, quando dirige uma determinada ação que se quer empreender:

“(...) conversar com o paciente, perceber nele aquela insegurança, aquele temor, e você querer colocá-lo numa situação mais confortável (...).”

“(...) é um paciente que trata de um distúrbio grave (...) precisa ser atendido de uma maneira especial, então justifica ele ter vindo pra cá [consultório odontológico do CAPS].”

No caso da atenção à saúde bucal do usuário, cabe esclarecer que a existência de um consultório odontológico no interior da instituição foi uma reivindicação e conquista dos familiares e usuários, em função das inúmeras dificuldades que enfrentavam para conseguir este atendimento na rede de atenção. Observa-se que, como finalidade do trabalho no consultório odontológico, o acolhimento e a assistência bucal estão dirigidos para os casos mais graves que, pela complexidade psíquica, não conseguem ser tratados em uma unidade de saúde comum.

A continuidade da atenção foi observada pelos trabalhadores como uma outra finalidade dos processos de trabalho. O acompanhamento em longo prazo constitui-se numa prática que possibilita a produção de vínculos entre usuários, trabalhadores e a instituição. O serviço torna-se referência para as questões de seus usuários e familiares, podendo acolher e agenciar a multiplicidade de situações de vida destes. O conhecimento desenvolvido, processualmente, pela equipe de trabalhadores, a respeito dos usuários, permite que esse acompanhamento seja facilitado, articulando soluções dentro ou fora do CAPS. Verifica-se que a continuidade da atenção como finalidade

orienta um processo que permite o acompanhamento do usuário:

“(...) toda essa condução [do CAPS] (...) desencadeou um processo que coloca ele como paciente um pouco mais estável (...) evita algumas coisas, maiores sofrimentos (...).”

“Eu diria que o meu grupo foi uma maior possibilidade de observar o andamento, a evolução dos pacientes (...) eu acho que em termos de sustentação, é uma coisa que surgiu e ficou (...).”

Uma das finalidades prioritárias do CAPS é constituir-se em serviço substitutivo à internação psiquiátrica. A possibilidade de prestar atenção diária permite o acompanhamento e o suporte necessário às situações de crise, nas quais os problemas emocionais, psicológicos, relacionais e sociais assumem essa característica e geralmente determinam as internações.

Por meio dos múltiplos contatos, entre o serviço e o usuário, é possível o conhecimento de sua história, sua rede de relações, seus problemas materiais concretos, que permite colocar a crise no interior de uma série de nexos capazes de torná-la compreensível, dando sentido a este acontecimento enquanto um momento da vida do sujeito. (Dell’Acqua, Mezzina, 2005)

Desse modo, a crise passa a ser abordada como parte do processo terapêutico e o contato cotidiano possibilita sua detecção e, se necessário, sua precoce intervenção. Considerando a importância do serviço CAPS no acolhimento de situações de crise, verificou-se que a preocupação com a não internação dos usuários esteve pouco representada, no discurso dos trabalhadores, enquanto finalidade dos processos de trabalho no CAPS:

“(...) a [usuária] P, que era uma paciente que vivia a vida toda dela sendo internada pela mãe, de repente, os quatro anos que ela frequentou o grupo, ela nunca mais foi internada (...).”

“(...) muitas pessoas [usuários] vêm aqui só pra pegar o remédio (...) tem todo um trabalho pra ser desenvolvido entre o paciente e médico, a família do paciente e médico, como recuperar, como fazer esse paciente não ser internado (...).”

Na primeira situação, de acordo com o discurso analisado, o processo de trabalho realizado no grupo teria produzido como resultado a não-internação da usuária, sem explicitar se esta era uma das finalidades do trabalho realizado pelo grupo. Já no

segundo discurso, fica explicitada a não-internação como uma finalidade, porém, condicionada a um trabalho “médico” que se julga não estar sendo desenvolvido. É possível inferir que a característica deste trabalho vai além do uso da medicação, mas continua centrado na figura do médico.

A mudança no processo saúde-doença do usuário foi indicada, também, como uma finalidade do trabalho, podendo, no entanto, ser compreendida de formas diversas.

“A idéia que eu tenho é que a gente possa mudar o curso da doença mental.”

A doença mental, como já discutimos, é o objeto da psiquiatria, constituído diante de um saber que considera os fenômenos psíquicos como disfunções orgânicas, e sua abordagem, principalmente na psiquiatria contemporânea, limita-se ao diagnóstico dos transtornos e a prescrição de medicamentos adequados a cada situação. Dentro dessa perspectiva, “mudar o curso da doença mental” seria interferir em seu desenvolvimento por meio de intervenção medicamentosa, diminuindo ou abolindo os sintomas. Nessa afirmativa, evidenciada na frase temática citada, não há outros elementos no discurso que possibilitem prever uma ampliação de ações sobre o objeto doença mental.

A melhora sintomatológica é também apontada em outro momento, mais como resultado da intensidade do tratamento, do que como finalidade do trabalho. O fato de o usuário estar no serviço com maior frequência e o trabalhador exercer sua prática com regularidade, possibilitaria a rapidez na melhora e a diminuição da quantidade de medicamentos utilizados:

“(...) eu vejo o paciente praticamente toda semana (...) eu vejo os pacientes melhorarem mais rápido aqui no CAPS e a maioria deles com pouca medicação (...).”

Num plano mais abrangente, a melhora dos usuários é referida com base nas mudanças ocorridas na vida. Inicialmente, a análise do discurso dos trabalhadores indica uma possibilidade de mudança na forma das relações estabelecidas dentro e fora do CAPS:

“(...) você vê um resultado, você vê um processo que acontece (...) a relação desse rapaz [usuário] com a equipe, com a vida dele, com a gente, ela mudou (...).”

A qualidade das relações terapêuticas é um dos pontos fundamentais da atenção em saúde mental. Deslocando-se o cuidado da doença para a pessoa, abre-se a possibilidade de acolher e valorizar o conteúdo de suas falas, explorar singularidades, estabelecer trocas baseadas no vínculo e investir em projetos terapêuticos de cada usuário. (Barição, 2001)

O respeito aos direitos é uma das formas de qualificar as relações com os usuários e apontada no trecho extraído do discurso dos trabalhadores, como finalidade do trabalho:

“(...) quando ele [pai] ofereceu o diário pra mim (...) eu entreguei na mão dela [usuária] e disse: ‘Isso te pertence e eu só vou saber o que tem aí dentro se você permitir.’ Minha intenção era ser coerente com ela, um mínimo, demonstrar um mínimo de respeito (...).”

As transformações que vêm sendo realizadas, na atenção em saúde mental, estabelecem, como finalidade geral, o resgate das possibilidades de vida dos usuários, ante a consideração de que a problemática da loucura é uma questão que diz respeito à existência dos sujeitos. Neste campo inovador de práticas, há um trabalho que se realiza baseado no próprio sujeito, na sua subjetividade e na construção de laços sociais no interior da instituição, uma chamada clínica institucional. Uma outra vertente do trabalho procurará resgatar estas possibilidades da vida fora da instituição, na valorização das trocas em território social, portanto, alinhada com o projeto da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial. (Tenório, 2001a)

No discurso dos trabalhadores, o trabalho que tem por finalidade o resgate das potencialidades para a vida, é representado por práticas que ocorrem no interior do CAPS e voltadas, principalmente, para aspectos da vida subjetiva dos usuários:

“(...) essa intervenção é no sentido de estar podendo mostrar pra ele [usuário] que ele tem essa possibilidade (...) de se fazer entender (...).”

“Valorizar o lado que esta saudável, o lado que dá pra pessoa se organizar, cuidar da própria vida (...) circunscrever um pouco o que está atrapalhando (...).”

“(...) noção de atenção é noção que vai construindo possibilidades pro sujeito, te faz ficar atento, faz o sujeito ganhar atenção sobre a sua própria situação de vida (...).”

“(...) ela encontrou um espaço [grupo] que era dela (...) ela voltou a de alguma forma se relacionar, conseguiu tocar piano em alguns lugares, que ela é pianista.”

Nessa proposição, as possibilidades de vida para os usuários são indissociáveis de sua condição de ser sujeito, ou seja, existe uma representação de vida que se estabelece singularmente e “chega-se onde o paciente quer chegar e não onde a equipe de cuidados previamente estabelece.” (Goldberg, 1996: 45)

Com base na clínica psicanalítica, resgatar possibilidades para a vida pressupõe a localização e a produção do sujeito. Na medida em que os sintomas são a via de acesso ao sujeito, a função do analista é acompanhá-lo na busca de solução do próprio sintoma. Desse modo, a finalidade do trabalho do analista é a criação de condições para que o usuário possa realizar o trabalho psíquico necessário para possibilitar a construção de seu projeto de vida:

“Tentar ver que ele [usuário] pode canalizar a psicose dele por alguma outra via ou pode conviver com ela (...) o que interessa é ele dar seguimento ao projeto pessoal dele, enfim, seja lá qual for.”

A compreensão, estritamente psicanalítica, da problemática dos usuários acaba restringindo o campo de intervenções, por basear-se numa relação interna de motivos que justificam, do ponto de vista do sujeito, o porquê de suas ações. É preciso levar em conta outros aspectos do contexto do sujeito, relacionando suas ações, ao mesmo tempo, com as circunstâncias da vida presente e com a sua própria história de vida. (Serpa Junior, 2001)

Construir novas formas de relacionamento, entre usuários e trabalhadores, funciona como um “ensaio” para posterior ampliação na rede social. Não se trata de nenhum processo psico-educativo, baseado em valores pré-estabelecidos e adaptativos, mas na descoberta conjunta de possibilidades, que resultarão em recuperação de valor social, condição necessária para efetuar trocas sociais. (Saraceno, 1999)

Observa-se também que o tratamento, considerado aqui genericamente, foi direcionado de modo a proporcionar uma melhora global dos usuários, abrangendo vários aspectos da vida:

“(...) você inicia um tratamento com um paciente em crise (...) você percebe que essa pessoa se estabilizou a ponto de poder andar pelas ruas, conviver, circular, sem ser olhado como louco, acho que isso já é um grande objetivo (...).”

Um dos pilares para a ampliação da rede social dos usuários está na necessidade de discutir novas formas de relação entre loucura e sociedade. Esta dimensão do

trabalho envolve a questão da cidadania e o reconhecimento dos usuários como sujeitos de direito. Este reconhecimento encontra-se como uma das finalidades do trabalho no CAPS, que é explicitado como resultado das práticas da instituição:

“O patrimônio do CAPS (...) é a clientela (...) tem consciência de muitas coisas, cobra os direitos (...) isso é uma resposta a uma forma de gerenciamento, a uma forma técnica de condução que levou essas pessoas a esse estágio de compreensão (...).”

A inclusão dos usuários no campo do trabalho é uma prática que vem sendo utilizada com frequência por serviços de saúde mental. Para Saraceno (1999), o trabalho como instrumento de inserção social só tem sentido se fizer parte de um projeto do sujeito e, simultaneamente, permitir uma base concreta de comunicação na qual se estabelecem práticas de negociação e troca, caso contrário, torna-se um instrumento de norma moral ou entretenimento. Portanto, a possibilidade do trabalho estruturar-se como instrumento de inclusão, depende do valor que pode ser atribuído a ele nas trocas sociais.

As práticas que visam ao trabalho como instrumento junto aos usuários no CAPS, foram identificadas, no discurso dos trabalhadores, com diversas finalidades:

1. Como instrumento de inclusão social:

“(...) ela [usuária] podia ter um outro trabalho (...) podia trabalhar horas com estamperia e ter um outro tipo de remuneração (...) o que eu entendo do tratamento que eu faço é tentar achar esse espaço.”

2. Como treinamento de habilidades:

“(...) [no projeto trabalho] a gente está treinando o usuário pra ele voltar a estar atuando na sociedade, como um profissional, como um funcionário de cozinha (...).”

3. Como instrumento terapêutico:

“(...) algumas pessoas vêem [o trabalho] como só um projeto de reinserção, eu acho que não (...) é terapêutico pra eles sim, ter que vir até aqui, acertar o horário, assinar o ponto (...) só dele sair de casa, tomar um ônibus, chegar aqui, ver os colegas, eu acho que isso já é terapêutico, é o lado terapêutico do trabalho.”

E ainda como entretenimento:

“Nessa parte aí de projeto de trabalho (...) fazer essa pessoa [usuário] se tornar útil novamente, ajudar ela a se reconhecer que pode estar sendo útil, estar fazendo algum tipo de atividade (...).”

Observa-se nas frases temáticas acima que há uma grande dificuldade em estabelecer a finalidade dos processos de trabalho da equipe do CAPS, quando se utiliza a inserção do usuário no mundo do trabalho como instrumento das práticas.

No discurso dos trabalhadores do CAPS, observou-se que as finalidades dos processos de trabalho visam predominantemente aos usuários, ou seja, o trabalho é dirigido para funções basicamente assistenciais, no interior da instituição. Entre estas finalidades pode-se verificar uma preocupação com o acolhimento, a continuidade da atenção, a melhora dos usuários e a criação de possibilidades de vida, porém, tudo isto a ser atingido por meio de processos de trabalho envolvendo, exclusivamente, as relações institucionais. Quanto à cidadania há o reconhecimento de que as práticas e a organização institucional produzem direitos nos usuários, porém o trabalho como instrumento de inclusão é pouco reconhecido e há várias outras finalidades atribuídas a este.

Em analogia aos objetivos propostos para os serviços CAPS, pode-se dizer que as finalidades traçadas pelos trabalhadores estão alinhadas a estes, no que se refere aos cuidados assistenciais dos usuários e distanciadas quando se trata das práticas territoriais e de inclusão social.

Partindo do princípio de que as finalidades direcionam a eleição dos objetos, dos instrumentos de trabalho e da transformação que se deseja obter, verificamos que o discurso dos trabalhadores traduz um campo limitado de finalidades, perante os pressupostos do modelo de atenção CAPS. Observa-se uma coerência entre os elementos constitutivos do processo de trabalho (objeto, saberes e práticas), quando se trata de intervenções tradicionais, alinhadas ao modelo médico psiquiátrico e psicanalítico, que privilegiam a abordagem individual seja em relação à noção de doença mental ou à de sujeito psíquico.

No entanto, no campo das práticas inovadoras, que poderiam possibilitar a transformação das relações sociais com os usuários e o exercício da cidadania, os processos de trabalho da equipe do CAPS demonstram muitas incoerências e contradições entre os objetos, saberes e práticas dos trabalhadores. Desse modo, embora haja algumas tentativas de superação do modelo hegemônico, como a ampliação do objeto de intervenção, isto se dá de maneira fragmentada, sustentada por saberes

tradicionais ou simplesmente pela ação reiterativa, sem expressar uma finalidade, que reproduz as relações sociais e não se configura como uma práxis.

Conseqüentemente, os processos de trabalho evidenciados ocorrem fundamentalmente no interior da instituição e a ampliação de possibilidades de vida para os usuários se dá por meio do trabalho com a subjetividade. Essas observações indicam a necessidade de revisão dos processos de trabalho da equipe multiprofissional do CAPS para que se possa efetivamente produzir novos saberes e práticas, que são fundamentais para a consolidação do modelo de atenção preconizado pela política de saúde mental.

5 A COMPREENSÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Na tentativa de contextualizar as práticas realizadas pelos trabalhadores do CAPS, em relação às políticas de saúde mental, chegou-se a um conjunto de frases temáticas que expressavam a visão dos mesmos sobre o tema, dando origem a esta categoria.

As atuais políticas públicas de saúde mental fazem parte de um conjunto de medidas estabelecidas pelo governo federal, no interior das políticas de saúde e, portanto, das políticas sociais, sendo resultado do processo histórico de desenvolvimento das relações entre Estado e sociedade.

Originalmente, o campo da política surgiu para promover a regulação dos conflitos e desigualdades, em consequência do modo de organização social e econômica, que estabelece a noção da propriedade privada. Das diferenças sociais e relações tensas entre proprietários e não-proprietários, surgiu a necessidade de um poder separado do resto da sociedade: o Estado. A consolidação do capitalismo promoveu uma intensificação da separação entre sociedade civil e Estado, em que o último passa a garantir o direito de propriedade da classe dominante e responsabilizar-se pela formulação de leis, manutenção da ordem e arbítrio sobre os conflitos sociais daí decorrentes.

Dependendo do momento histórico e das crises enfrentadas pelo capitalismo, as políticas sociais ajustam-se para preservar a manutenção da reprodução das relações sociais, com base na divisão da sociedade em classes e num contrato social estabelecido entre indivíduos desigualmente posicionados na estrutura de produção. Dessa forma, o Estado exerce o papel de mediador dos conflitos, minimizando-os e compensando os custos sociais e os efeitos produzidos pelo sistema. (Santos, 1994)

No caso das políticas de saúde, a ação do Estado se desdobra em relação às condições de saúde da população, enquanto prevenção e recuperação da força de trabalho, regulando assim, o mercado de trabalho. Para atingir esta finalidade, o Estado precisa intervir na organização do trabalho em saúde, principalmente quanto à produção e consumo de serviços de saúde. (Paim¹⁸ apud Barros, 2004)

¹⁸ Paim JS. Medicina familiar no Brasil: momento ideológico e ação política. Rev Bras Edu Méd 1985; 9(3):207-15.

As políticas de saúde mental, alinhadas a este pensamento, exerciam esta regulação por meio do modelo hospitalocêntrico, coerente com a proposição de que os loucos estavam excluídos do mercado de trabalho. As transformações sociais e a exigência do reconhecimento dos direitos humanos, após a Segunda Grande Guerra, fizeram avançar os movimentos de reforma da assistência psiquiátrica no mundo.

Em território brasileiro, com o processo de redemocratização na década de 1980, o Estado começou a operar mudanças redistributivas, por meio de políticas sociais, cujos princípios foram estabelecidos na Constituição de 1988, ampliando a cidadania, conferindo direitos e, especificamente na área da saúde, implantando o SUS. (Carvalho, 2001)

No campo da saúde mental, a Reforma Psiquiátrica, enquanto movimento da sociedade civil, por meio da mobilização dos atores sociais envolvidos no processo, paulatinamente, influenciou transformações e a produção das políticas de saúde mental. Após um longo percurso de reivindicações temos, atualmente, um conjunto de portarias, decretos e leis, que preconizam a substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede de atenção à saúde mental, voltada para a preservação dos direitos de cidadania e inserção social das pessoas portadoras de transtornos mentais.

As propostas reformistas, em um contexto democrático, são encaminhadas e aprovadas por meio da ação dos dirigentes, que são representantes eleitos, e dos gestores, que são por estes escolhidos para gerir as instituições públicas. Os governantes e seus gestores, em nome dos cidadãos que representam, promovem as mudanças nas formas de operar do Estado. Portanto, “a reforma só é possível devido a um aprofundamento das diferenças entre as duas instâncias clássicas do poder político, o Estado e o governo”. (Nogueira, 1999: 65)

A tarefa de melhorar a saúde mental da população é complexa e envolve muitas decisões. Os governos devem estabelecer as políticas, no contexto do SUS e das possibilidades de financiamento, para viabilizar as diretrizes traçadas. Observa-se que o discurso dos trabalhadores revela concepções alinhadas às proposições da política de saúde mental, bem como a aspectos de seu desenvolvimento histórico:

“A política (...) tem que se haver com a necessidade ética de manutenção da atenção à saúde mental.”

“Pelo que eu entendo da política de saúde mental (...) da pessoa poder desenvolver as suas potencialidades e poder adquirir autonomia, conseguir conviver com seu

problema mental (...).”

“(...) da maneira como a gente está fazendo a política mental hoje, eu acho que eu agi com a linha, ela [usuária] é uma cidadã, ela merece respeito, ela merece ser reinserida (...).”

“(...) o que a gente faz é um trabalho terapêutico (...) e reinserção social, que acho que está dentro da política de saúde mental.”

“(...) eu acompanho a luta antimanicomial (...) hoje nós estamos numa fase boa de conversação (...) 30% dos recursos já estão sendo destinados pra CAPS (...) nós estamos tendo um avanço (...) acho que é uma coisa que não tem volta (...).”

“(...) você percebe uma impregnação desses valores que vêm da gente, do povo da saúde mental (...) a mídia está mais sensível, a denúncia, você tem mais espaço (...) também na contenção (...) da indústria da loucura nós evoluímos.”

Por outro lado, contraditoriamente, encontra-se falta de clareza sobre a política de saúde mental, em outro trecho de discurso, principalmente no que se refere às finalidades da política:

“(...) política é quando você quer atuar (...) a gente está meramente recebendo pessoas e devolvendo pessoas (...) a gente tem um porquê, mas não tem um pra quê, que é a política (...) definiram o quem vai fazer o quê, aonde e até como, mas não definiram pra quê (...) não se sabe muito bem (...) não tem critério, é um critério subjetivo (...).”

Segundo a OPAS/ OMS (2001), uma política deve identificar as principais questões e objetivos, definir financiamento, estabelecer instrumentos e formas organizacionais para atingir os objetivos de saúde mental, vinculando a análise de problemas às decisões pertinentes à alocação de recursos.

Em texto veiculado pelo “site” do Ministério da Saúde, encontram-se definidos os objetivos da política de saúde mental: reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos; qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar; incluir as ações da saúde mental na atenção básica; implementar uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas; implantar o programa “De Volta Para Casa”; manter um programa permanente de formação de recursos humanos; promover direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado; garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator; avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/ Psiquiatria. (Brasil, 2006)

De acordo com a descrição dos objetivos da política de saúde mental, fica evidente que está claramente colocado o “pra quê” esperado pelo trabalhador. Quanto às questões colocadas pela OPAS/ OMS para caracterizar uma política, atualmente pode-se afirmar a existência de definição para o financiamento. A política de saúde mental estabeleceu como prioritário o atendimento à população portadora de transtornos mentais severos e os CAPS como cenários estratégicos desta política, ou seja, definiu um investimento prevalente nestes serviços que, potencialmente, podem viabilizar a substituição do hospital psiquiátrico. Esta perspectiva encontra-se expressa no discurso dos trabalhadores:

“(...) enquanto serviço de CAPS (...) tem que ter modelo substitutivo (...) a gente tá cumprindo minimamente com o que diz a política de saúde mental (...).”

“[se] funcionasse de acordo com todo o conceito mesmo do que é um CAPS, poderia evitar, sim, internações, ou cronificação ou outro tipo de empecilho pro tratamento (...).”

A expectativa da política, em relação ao lugar dos CAPS, na rede de atenção em saúde mental, é compartilhada pelos trabalhadores, porém, estes fazem algumas ressalvas quanto à possibilidade de atingir este objetivo plenamente. Além disso, demonstram a necessidade de um trabalho ampliado para os familiares, na sustentação de uma situação de crise:

“(...) a política visa agora você evitar o máximo de internações, não deixar esse paciente se cronificar dentro do hospital (...) dando suporte pra que esses familiares consigam conduzir a pessoa, mesmo durante a crise, sem que ela precise estar num local totalmente fechado.”

A construção de uma rede totalmente substitutiva ao hospital psiquiátrico aponta para as necessidades de qualificar os CAPS, capacitando-os a articularem uma rede de serviços e recursos de várias ordens. A política de saúde mental pressupõe que a implantação dos serviços substitutivos e a redução de número de leitos psiquiátricos aconteçam simultaneamente. Percebe-se que os trabalhadores concordam com esta proposta, no entanto, questionam sua viabilidade, principalmente por não verem nos leitos em hospitais gerais uma possibilidade real:

“Eu sou supercontra o hospital psiquiátrico (...) tinha que realmente abrir mais leito

em hospital geral (...) nossos colegas [médicos] têm o maior preconceito (...) não gostam de paciente psiquiátrico, não gostam de psiquiatra e não querem saber de doentes psiquiátricos em hospital geral (...).”

“(...) eu acho que tem que ter um local (...) dentro do hospital geral, mas desde que também se fizesse um trabalho de orientação, porque não adianta também a gente falar [que] o responsável é o hospital geral, se as pessoas lá dentro não estão preparadas (...).”

Para o enfrentamento das situações de vida dos usuários, prescindindo da internação psiquiátrica, é preciso organizar uma rede de atenção no território. Território é entendido como o lugar que as pessoas habitam, incluindo o conjunto de relações que lá existem, seus interesses, conflitos, amigos, vizinhos, família e instituições. A construção da rede de atenção envolveria a rede de serviços de saúde, outras redes sociais e outros setores públicos, tais como a previdência social, educação, trabalho, esporte e lazer, cultura e habitação. (Brasil, 2004b)

Os CAPS são dispositivos dessa ampla rede a ser construída e, por se caracterizarem em serviços para o atendimento de pessoas com grave comprometimento psíquico, tem como responsabilidade, além da assistência dos usuários, a articulação com a rede de serviços, a atenção básica e os outros recursos do território. No discurso dos trabalhadores encontraram-se diferentes opiniões sobre os CAPS, enquanto serviços da rede de atenção à saúde mental:

“(...) dentro dessa política (...) eu acho que os CAPS (...) eles dão assim atenção aos casos de maior complexidade, que envolvem mais profissionais (...) eu acho que funciona bem (...) os CAPS conseguem dar conta, eu acho que o que acontece são problemas intrínsecos com esses casos (...) não é da política de saúde, eu acho que é dos casos específicos que são mais graves.”

“Acho que o modelo ministerial da Portaria [de CAPS] é um modelo interessante, mas é um modelo de lei (...) idealizado, que produz um avanço tremendo sobre o que tinha sido antes, mas ainda que precisa vir e mostrar como é que funciona aqui na prática.”

“(...) como política ainda tá muito distante, essa bandeira de dizer que os CAPS são serviços de modelo e na verdade eu acho que eles não são, porque não tem investimento (...) as pessoas fazem muito porque algumas têm mais experiência ou têm uma visão mais particular ou vieram na história aí formando esses serviços (...).”

Como pontos positivos, os trabalhadores revelam que o serviço funciona bem, envolvem vários profissionais e significam um avanço nas políticas de saúde mental. Os problemas aparecem vinculados à própria complexidade dos casos, à falta de

investimentos nos serviços e ao próprio desenvolvimento dos projetos de atenção na “prática”.

A idéia de que alguém “precisa vir e mostrar como funciona” parece demonstrar a existência de algo exterior que resolverá as dificuldades, como se as diretrizes da política fossem totalmente desvinculadas das práticas em saúde mental. Este pensamento não reconhece o amplo processo de discussões, travado ao longo de muitos anos, promovido pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica, e que contou com a participação de todos os segmentos da sociedade, interessados e envolvidos com as questões de saúde mental.

Além disso, as experiências práticas, substitutivas ao hospital psiquiátrico, obtiveram êxito em seu desenvolvimento e revelaram sua viabilidade, articulando prática com conhecimento teórico-técnico. Nesse sentido, a política de saúde mental traduz um processo que contou com ampla participação, por meio de representação, nos diversos fóruns privilegiados a estas discussões:

O papel dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, assim como das Conferências de Saúde Mental, é por excelência garantir a participação dos trabalhadores, usuários de saúde mental e seus familiares nos processos de gestão do SUS, favorecendo assim o protagonismo dos usuários na construção de uma rede de atenção à saúde mental. De fato, são as Conferências Nacionais de Saúde Mental, e em especial a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, que consolidam a Reforma Psiquiátrica como política oficial do SUS e propõem a conformação de uma rede articulada e comunitária de cuidados para as pessoas com transtornos mentais. (Brasil, 2005b)

Identificaram-se, no discurso dos trabalhadores, muitos conteúdos referentes a uma posição de alienação política, isto é, a dificuldade dos trabalhadores se perceberem como sujeitos das decisões técnico-políticas e, dessa forma, as políticas de saúde mental são vividas como uma realidade exterior ao contexto de seu trabalho:

“A impressão que me dá, quem realmente faz a política de saúde mental no Brasil e no mundo, nunca ficou na linha de frente, nunca atendeu, nunca atendeu usuário, familiar, porque é lindo na teoria, mas na prática não funciona, põe alguma coisa lá que está fora da realidade.”

“(...) a política também é um ‘kit’, pronto, é só aplicar, simples, e a gente que está na linha de frente mesmo vê que não é.”

“(...) existe uma coisa que é um pressuposto do que tem que ser (...) o que falta é a prática, efetivamente essa política de saúde mental e de saúde geral como um todo funcionar.”

“Porque na verdade [a política] aponta enquanto teoria, não aponta na prática.”

“(...) eu não diria só saúde mental (...) eu acho que o governo deixa muito, mas muito a desejar.”

“As políticas de saúde, as políticas públicas do Brasil são do Brasil oficial que ignoram em gênero, número e grau o Brasil real (...) são absolutamente ineficientes. Não começam em lugar nenhum, não terminam em lugar nenhum.”

Observa-se, nesses trechos do discurso dos trabalhadores, que os mesmos, consideram a política de saúde mental uma “teoria” desconectada da prática, desconhecendo que aquilo que foi “teorizado” foi construído com base em práticas transformadas e transformadoras, presentes em experiências efetivamente realizadas.

A política de saúde mental, no contexto das políticas sociais do Brasil, pode ser entendida como um conjunto de diretrizes, cujos objetivos, que pretende alcançar e os meios pelos quais deverá atuar para cumpri-los, são estabelecidos valendo-se de documentos oficiais, leis, decretos e portarias. Seu significado deve ser apreendido historicamente, com base nas condições objetivas das relações entre capital e trabalho, ou seja, os desdobramentos para a efetivação dessas políticas têm como pano de fundo as crises do capitalismo. (Silva, Barros, Oliveira, 2002)

Desse modo, o distanciamento a que se referem os trabalhadores, entre a política e a realidade, pode estar relacionado às condições estruturais da sociedade capitalista atual, em que o Estado regido pelo neoliberalismo mundial tem uma função primordialmente voltada à regulação da economia, privilegiando o interesse individual e privado.

Conseqüentemente, o Estado diminui seu protagonismo enquanto definidor de políticas sociais com expressivos cortes orçamentários para as questões sociais, entre elas a saúde. Os aspectos estruturais e locais, do contexto no qual se desenvolvem as práticas, foram considerados pelos trabalhadores como responsáveis pelo distanciamento entre as políticas e o trabalho a ser realizado:

“(...) entre a política e a prática tem um abismo enorme (...) é bonito no papel, agora a questão da exclusão, ela é muito maior (...) ela é de todos, ela nos rodeia o tempo todo (...).”

“(...) do que está escrito no papel, eu vejo uma grande distância (...) os princípios, algumas coisas da política de saúde mental, é distante porque a gente trabalha com variáveis muito adversas.”

Foi de pequena representatividade, a demonstração da participação política dos trabalhadores junto às questões de saúde mental. Em alguns fragmentos de discursos, avalia-se o movimento, do qual se participa, como pouco organizado e considera-se a atuação política como um atributo pessoal:

“(...) nossa luta está prosperando, mas a gente é muito doméstico, muito pouco eficiente (...) o que mais tá ruim pra mim é isso, a falta de organização do nosso movimento (...) esse movimento que eu faço aqui [no CAPS], eu faço lá fora e acho que nós somos multiplicadores natos (...) a gente não é político, a gente não decide (...) mas a gente pode influenciar (...) essa é a forma pra mim do CAPS ir pra rua, levar os nossos valores, os nossos princípios (...).”

Diversas frases temáticas explicitam questões quanto às expectativas da política de saúde mental para a transformação da atenção no território, coerentemente com o fato de que este é um aspecto do campo da atenção, sobre o qual emergiram muitas contradições, em todas as categorias analisadas anteriormente, ou seja, quando se trata de construir uma rede ampliada para além das fronteiras do serviço, esta é sempre uma questão conflituosa.

A política de saúde mental propõe uma rede comunitária de cuidados para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. Isto significa a articulação dos serviços de atenção à saúde mental e da atenção primária, outros setores de serviços públicos e ainda quantos forem os recursos do território que possam, de alguma maneira, constituir-se como um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher as pessoas com transtornos mentais. (Brasil, 2005b)

As diretrizes políticas, por meio da Portaria n.º 336 (MS), atribuem aos CAPS as características de “responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território”. (Brasil, 2004a: 126) A noção de rede de atenção é, muitas vezes, entendida pelos trabalhadores como a rede de serviços de saúde mental, ou então, genericamente rede.

No campo da rede de serviços de saúde encontra-se ainda especificado, na mesma Portaria, como atribuição dos CAPS “possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial (...) supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território.” (Brasil, 2004a: 126)

Desse modo, o papel estratégico dos CAPS na rede de serviços de saúde tem por objetivo a estruturação do sistema, a integralidade das ações e a articulação destes

recursos. (Bezerra Junior, 2004) Entre os trabalhadores há um certo consenso quanto à necessidade de articulação da rede de serviços, no entanto, foram pouco expressivas as ocasiões em que esta articulação é percebida como uma das atribuições do CAPS:

“(...) dentro da política de saúde mental, a gente tem que estar articulado (...) com a rede (...) querer que eles [usuários], de livre e espontânea vontade, vão procurar um outro serviço (...) fica meio difícil (...) a gente tem que articular, pelo menos fazer essa articulação pra eles.”

“(...) [o CAPS] é (...) isolado (...) na medida em que você precisa dessas articulações com a rede pra ampliar o projeto, pra ampliar a questão da política de saúde mental, então, é um problema.”

De modo geral, no discurso dos trabalhadores, surgem os problemas de operacionalização do próprio sistema de saúde, como impeditivo para a realização da articulação necessária:

“(...) eles vão fechando os hospitais (...) criam os ambulatórios, esse paciente que está por vinte anos num hospital não vai aderir a um ambulatório (...) as residências terapêuticas (...) não vão conseguir absorver esse pessoal que está internado (...) o psiquiatra no Postinho de Saúde [UBS] também não é o ideal (...) são poucos (...) vão criando poucos CAPS pra atender toda a população.”

“(...) a política (...) não cumpre com o seu papel que é de ter de fato serviços substitutivos pra gente evitar internações (...) falta ambulatórios de especialidades, falta uma rede mais ampliada que dê conta de casos mais leves (...) pouca contratação de profissionais, pouco investimento em outros serviços (...) quando a gente precisa da rede dessa política mais ampla, ela tá no papel (...) não faz parte do nosso cotidiano.”

“(...) tem falhas (...) principalmente em relação à rede, a rede de quando o indivíduo não tá em surto, não tá em crise (...) um ambulatório ou até serviços aí de comunidade, os centros de convivência, tá tudo muito (...) longe de uma coisa realmente articulada.”

Existe uma série de obstáculos para se realizar o trabalho de articulação da rede de serviços, entre eles, a inexistência de uma rede de atenção básica eficaz, a deficiência de suporte dos serviços existentes, número insuficiente de profissionais, interferências políticas locais e outros. Como resultado, há uma demanda excessiva sobre as equipes, superlotação dos serviços, processos de cronificação (de usuários e trabalhadores), presença do encaminhamento para outros serviços como forma de atenção, dificuldades de funcionamento das equipes e evasão de profissionais. (Bezerra Junior, 2004)

Por serem dificuldades estruturais, estas devem ser entendidas no âmbito dos efeitos das políticas econômicas do governo brasileiro, que são reflexos da economia mundial, e só podem ser enfrentadas mediante processos de participação dos atores sociais na luta pela defesa do SUS.

Para Bertolozzi (2003: 34), a participação é o princípio mais caro conquistado pela população brasileira e se constitui na mais legítima ação voltada para as necessidades da coletividade. Segundo a autora, “não há como ‘conviver’ com o neoliberalismo”. É necessário possibilitar que os sujeitos sociais conquistem o direito de ser cidadãos e arquem com um projeto de enfrentamento dessa situação, com base na construção de um modelo alternativo de participação social, no qual o coletivo seja a base de reconstrução de uma sociedade justa. Esse processo envolveria os trabalhadores da saúde que, comprometidos com princípios éticos, tornariam o exercício de seu cotidiano de trabalho responsável pela reorganização do processo de produção em saúde.

Segundo minha própria observação, enquanto membro da equipe do serviço, as ações dos trabalhadores do CAPS não transcendem o nível institucional, e o trabalho territorial, nas poucas vezes em que se esboçou, era interpretado como uma forma de “escapar” do atendimento cotidiano, médico na maioria das vezes, ou até como produtor de um aumento de demandas no serviço, na medida em que, os contatos com os outros serviços e recursos evidenciavam novos casos que deveriam vir para o CAPS. Assim, verifica-se que a transformação da atenção depende da mudança de postura dos próprios trabalhadores, que não se vêem como atores sociais.

Ainda no campo dos problemas de desarticulação dos serviços, observa-se que os trabalhadores pensam em soluções que tendem à indiscriminação dos diversos equipamentos ou a uma rigidez de atribuições entre CAPS e unidades básicas, dificultando o fluxo do usuário nos diferentes serviços:

“Eu acho que eles deveriam colocar as UBSs dentro dos CAPS, uma coisa bem ligada (...) nesse postinho onde eu estou (...) sinto um preconceito, eu não posso falar com o pediatra, com o clínico (...) se eu estivesse num CAPS, onde eu pudesse trabalhar junto, trocar informação, dos pacientes, fazer um trabalho mais vivo, eu acho que seria o ideal (...).”

“(...) o psicótico (...) vem pro CAPS, começa uma série de trabalhos, se estabiliza (...) vai devolver pra unidade básica, teoricamente deveria, mas e se ele se desestabilizar (...) em termos clínicos eu tenho minhas dúvidas, de verdade, não sei.”

Como vimos anteriormente, a rede de atenção em saúde mental não se restringe aos serviços de saúde, mas inclui todos os recursos disponíveis no território, que possam significar possibilidades de inserção, trocas afetivas e materiais, e exercício de cidadania para os usuários.

A idéia de recurso está relacionada a um percurso de descoberta e de aprendizagem, permitindo que elementos invisíveis e inativos, presentes no território, ganhem potência transformadora como recursos para produzir cidadania, ou seja, os elementos não estão determinados, mas tornam-se recursos mediante sua identificação e uso. (Saraceno, 1999)

Percebe-se que os trabalhadores reconhecem esta necessidade de articulação com outros recursos, além dos serviços, porém, novamente, não se vêem implicados na busca dessas articulações. É como se a “política” fosse uma personagem, responsável pelas articulações necessárias e o território fosse transformado, simplesmente, em sociedade:

“(...) deveria ter como política pública que o CAPS é um lugar a ser acionado em meio a tantos outros (...) envolveria muita gente em torno (...) mas faltam outras ajudas, se o PSF estivesse mais atento, a vizinhança, a comunidade como antigamente.”

“(...) tem uma política de saúde mental (...) mas você não tem por parte da sociedade como um todo, um conhecimento efetivo dessa política (...).”

“(...) cabe à sociedade, e isso foi previsto pela nossa Constituição, que os mais capazes vão ter que olhar um pouco pelos menos capazes, a gente vai ter que ajudar, a gente vai ter que criar opções [para os usuários].”

“A política de saúde mental (...) talvez precise (...) integrar mais a comunidade, porque também não adianta você criar um belo de um sistema dentro da rede de saúde mental e você ter a comunidade um pouco mais afastada.”

“(...) tem toda essa política, mas não tem um preparo da sociedade (...) as pessoas não estão preparadas (...) muito legal essa política desde que se faça um preparo (...) orientação mesmo, do que é a doença, de como essa pessoa tem que ser tratada (...) na própria sociedade (...) se a gente preparar elas [usuários] pra fazer algum tipo de atividade fora as pessoas têm que estar prontas a receberem.”

Quando o território transforma-se em sociedade, perde-se de vista a peculiaridade das relações interpessoais. A dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica é muito importante e visa rediscutir e redefinir as formas de relação entre sociedade e loucura, porém, o trabalho é realizado num plano microsocial, isto é, nas

relações familiares, de vizinhança, relações de amizade e assim por diante. Intervir nas situações concretas de vida dos usuários, nas quais as relações de troca estão prejudicadas, é abrir novas possibilidades de participação, de restabelecimento das trocas afetivas e materiais e, portanto, de inserção social e exercício de direitos.

Entre as concretas situações de vida dos usuários encontram-se inúmeros problemas que são comuns a uma grande parcela da população, em vários âmbitos, para os quais existem ou precisam existir políticas sociais específicas. Todas as iniciativas, que possam produzir algum nível de existência autônoma, devem ser acionadas, como produtoras de novos modos de vida concreta.

No discurso dos trabalhadores, a necessidade de apoio de outros setores públicos também é reconhecida, mas como um problema da política de saúde mental que deveria interferir, inclusive, em outros setores governamentais:

“(...) a política fala o tempo inteiro da intersetorialidade (...) não é que você vai se desresponsabilizar de uma pessoa, mas essa pessoa não vai ser só sua [do CAPS] (...) isso se prevê na teoria da política de saúde mental, eu não consigo enxergar que isso esteja acontecendo (...).”

“(...) na política de saúde mental ocorreram várias conquistas, só que os órgãos governamentais (...) nem todos acompanharam e nem todos têm a mesma leitura (...) o paciente vai até lá [INSS] (...) é tratado como uma coisa qualquer (...).”

“A questão do trabalho (...) pensando aí no trabalho como inserção social (...) eu acho que não tem lugares pra isso, eu acho que faltam cooperativas, investimento, parcerias e tal.”

“(...) outras políticas públicas, de acolhimento de pacientes em trabalhos de formas um pouco mais regulares (...) uma lei que obrigue, de modo a acolher e empregar diversos tipos de pacientes (...).”

Nesse ponto, repete-se o movimento de não-implicação dos trabalhadores com as questões consideradas “fora da instituição”. Além disso, há um desconhecimento de ações de articulação intersetorial que vêm sendo realizadas no nível estrutural, como, por exemplo, a parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e Emprego, estabelecida para o desenvolvimento de projetos de geração de renda para as pessoas portadoras de transtornos mentais.

Portanto, embora haja um reconhecimento da necessidade de articulação com outros setores, por parte dos trabalhadores do CAPS, as práticas que deveriam se estabelecer no cotidiano do serviço, de modo geral, não são identificadas como parte

das ações de saúde mental. Observaram-se raras exceções em que os trabalhadores consideraram a necessidade de ações conjuntas entre saúde mental e outros setores públicos:

“Uma das grandes dificuldades que a gente tem aqui [é] (...) pensar a relação com a cultura (...) isso vira uma questão da saúde mental, mas acho que essa é uma questão da cidade que deveria ser debatida na prefeitura da cidade, no estado da cidade, nas dimensões políticas, na câmara, na saúde pública, na economia, no trabalho, na cultura (...).”

“(...) não há interação com assistência social (...) a secretaria da assistência social também não conhece a fundo a realidade do doente mental e o quanto era importante conhecer pra que ele se insira (...).”

Assim, vimos que a maioria dos trabalhadores do CAPS, por meio de seus discursos, tem um conhecimento da política de saúde mental e inclusive percebe o lugar do CAPS no interior dessa política. As questões que merecem ser destacadas dizem respeito à implicação dos trabalhadores enquanto atores das ações em saúde mental, que exigem uma ampliação do campo de intervenção.

Por outro lado, o desenvolvimento das políticas públicas de saúde, no contexto concreto dos serviços, surge como problema que impede a realização das práticas necessárias. A rede de serviços de saúde é parte integrante do SUS, que regula e organiza, no território nacional, as ações e serviços de saúde, tendo direção única nos governos federal, estadual e municipal. (Brasil, 2005b)

Sabe-se que, embora exista uma política de saúde mental nacional, os gestores locais, pela própria configuração e pressupostos que há no Sistema Único de Saúde, têm uma forte interferência na sustentação do trabalho em cada área específica e na própria constituição da rede de atenção à saúde. No caso do CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira, vive-se um impasse em torno da natureza de sua gestão, pois, o município de São Paulo operou a municipalização dos serviços de saúde e este CAPS permaneceu vinculado à esfera estadual, situação esta que trouxe algumas consequências para o serviço.

A proposta inicial de manter-se vinculado à Secretaria de Estado da Saúde e ser transformado em Centro de Referência, ainda na vigência do convênio docente-assistencial (PIDA Saúde Mental), não se viabilizou. Todos os outros serviços passaram a ser gerenciados pelo Município, fazendo parte de um conjunto mais articulado de serviços, e o CAPS ficou fora desta rede. Embora tenham ocorrido tentativas informais

de articulação com a rede municipal, não há nenhuma diretriz conjunta, traçada pela política local.

Além disso, o movimento da secretaria de estado de “enxugamento” da máquina administrativa foi criando uma série de dificuldades para a gerência cotidiana do CAPS e um claro abandono da instituição. Frases temáticas abordam várias questões referentes ao desenvolvimento da política de saúde mental, em nível local:

“(...) o CAPS parece uma coisa à parte (...) os outros aparelhos ou serviços não acompanham (...) não conhecem bem o CAPS (...).”

“Aqui, por exemplo, era pra ser um CAPS 24 horas, fala da teoria e da prática, mas ninguém consegue fazer esse lugar virar 24 horas. O que acontece?”

“(...) a questão da política aqui [no CAPS] parece que está de um lado a política, do outro lado o que a gente faz (...) tem um problema aí, entre saúde mental como um todo, a Secretaria, nós, acho que tem alguma coisa esquisita aí.”

“(...) temos uma grade de [medicamentos de] saúde mental (...) nós ficamos às vezes sem alguns medicamentos (...) medicamento de alto custo que às vezes falta e não deveria faltar.”

“(...) o meu pedido mensal [de medicamentos] eu faço pela internet, eu não tenho internet (...) deu um problema aqui nos computadores (...) como é que eu vou fazer um pedido via internet se eu não tenho?”

“(...) tudo se resume numa vontade política, uma vontade real, séria (...) quero melhorar, então, eu vou dar estrutura pros profissionais, um salário mais condigno (...).”

“Eu acho que [saúde mental] não é uma prioridade (...) [o governo] vai ficando com o que é mais interessante, não sei pra quem, não [é] pra população.”

“(...) dando exemplos práticos, você não tem viatura (...) falta remédio, faltam várias coisas (...) cada lugar tem seus problemas (...) os salários são baixos, as dificuldades são grandes.

As frases temáticas anteriores demonstram não só as conseqüências do isolamento do CAPS do restante dos serviços municipalizados, como também, algo que vai sendo identificado pelos trabalhadores como um desinteresse do gestor pela área de saúde mental, um conseqüente não-investimento nas condições básicas de funcionamento (medicação, viatura, internet), além da falta de condição de trabalho (salários).

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, gestor responsável pelo CAPS,

até o momento de término dessa pesquisa, vem discutindo como solução para o serviço a vinculação do mesmo a uma organização não-governamental, ligada à Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Essa proposta chegou ao CAPS como uma decisão da Secretaria que apresentou os representantes da UNIFESP ao conjunto de trabalhadores do CAPS, e iniciou um processo de discussão sobre a transformação do CAPS. Esta situação cria uma nova desestabilização na equipe, que é vivido de maneiras contraditórias: o fim do CAPS, a dispensa em massa dos funcionários públicos, a possibilidade de obter recursos materiais, a melhora da assistência ou até a identificação de que “qualquer coisa é melhor do que está”.

Observou-se, no discurso dos trabalhadores, que esta proposta de transformação atual representa uma ameaça à história de cada um no CAPS e um não-reconhecimento desse processo como política:

“(...) vai entrar uma universidade aqui [UNIFESP] que não vai querer saber da história de ninguém (...) essa é a fantasia que eu tenho, a gente é engolido (...).”

“(...) essa absorção [do CAPS] pela UNIFESP, qual a finalidade? (...) isso é falta de política mesmo (...).”

Identificou-se um equívoco no discurso do trabalhador ao afirmar que “isso é falta de política”, pois esta é exatamente uma das políticas de reformulação do Estado, polêmica, mas real. É certo que se trata de uma política administrativa, visando à modernização das relações entre Estado e sociedade, baseada na criação de instituições e mecanismos que favoreçam a inserção do país na nova ordem internacional, na economia globalizada. Modernizar significa responder às mudanças do mercado e ao avanço tecnológico. (Nogueira, 1999)

A constituição de um terceiro setor, caracterizado pelo atendimento do que é público sem ser estatal, busca a superação dos problemas sociais com maior autonomia gerencial, porém, de outro lado desobriga o Estado de seu dever, fundamentalmente em áreas prioritárias como a Saúde. A questão que se coloca é em relação às formas de privatização que se realizam com a constituição das parcerias do Estado com o terceiro setor, e as consequências em termos do comprometimento dos princípios constitucionais do direito à saúde como um dever do Estado. Estas mudanças administrativas, que vêm ocorrendo na reforma do Estado, surgem como questões também para os trabalhadores do CAPS:

“(...) [existe] uma ONG que atende 200 crianças. (...) todo mundo lá é superbem remunerado (...) só tem experiências no Brasil, dessa qualidade, numa privatização do público.”

“(...) eu sou da turma dos pessimistas, mas as coisas das OS [organizações sociais] (...) não existe, eu sinto, um comprometimento muito do público ou do que é público, em manter, em fazer com que isso [o trabalho] seja sustentado.”

A equipe do CAPS não tem clareza quanto ao tipo de parceria que vem sendo estabelecida entre a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e a UNIFESP, no entanto, fala-se em contrato de gestão, que, segundo Nogueira (1999), é uma característica das Organizações Sociais (OS). Para este autor, as OSs funcionam como uma variedade de terceirização interna, em que o Estado, atuando como **principal**, contrata um **agente**, para efetuar as ações de uma dada política pública.

As discussões, prioritariamente de ordem técnica, entre a equipe do CAPS e os representantes da UNIFESP, ocorreram durante o segundo semestre de 2005 e, ao que se sabe, o projeto encontra-se em processo de formalização junto à Secretaria Estadual. O posicionamento da universidade está baseado na transformação do CAPS em um “serviço de excelência”, alinhado à política de saúde mental, porém, também coerente com princípios científicos, cabendo uma discussão sobre a ciência que pode ser validada pela instituição de ensino. Quanto ao futuro do CAPS, só o desenvolvimento deste processo poderá responder, pois, de um lado temos uma equipe heterogênea e frágil, com muitas dificuldades para consolidar o projeto do CAPS e de outro, podemos estar próximos de um enfrentamento de natureza hegemônica, o modelo médico tradicional da universidade.

A política de saúde mental atual é um conjunto de diretrizes, traduzidas em documentos oficiais, portarias, decretos, leis, que orientam o modo como deve se desenvolver, no âmbito dos SUS, a atenção em saúde mental em todo o país. O modelo de atenção, contido na política, preconiza a substituição do modelo hospitalar por uma rede de atenção e cuidados comunitária e territorializada, que ofereça suporte terapêutico e dirigido à inclusão social e ao exercício dos direitos de cidadania dos usuários de serviços de saúde mental.

Observou-se, na análise do discurso dos trabalhadores, que, em termos gerais, há um conhecimento das diretrizes políticas para a saúde mental, enquanto propiciadora de possibilidades de vida e cidadania, porém, desvela que há uma série de contradições em relação à viabilidade real da execução da política e às possibilidades concretas de

substituir o hospital e inserir socialmente os usuários do serviço.

Percebeu-se que, de modo geral, as dificuldades estão relacionadas a carências estruturais dos serviços e, principalmente, por um não-reconhecimento do espectro de ações de saúde mental que deveriam se desenvolver no território, sob a responsabilidade dos trabalhadores. Em outras palavras, as dificuldades evidenciadas no discurso dos trabalhadores, estão fora da instituição, portanto, segundo eles, não fazem parte de suas atribuições e são de responsabilidade da política, que propõe ações e metas externas ao seu trabalho técnico. Os trabalhadores não se vêem como atores, seja das práticas ou das próprias políticas.

Por fim, observa-se a preocupação com os rumos do próprio CAPS, na medida em que se discute uma provável transformação em organização social, campo polêmico de discussão em torno da modernização das formas de gestão que o Estado vem implantando.

Esse capítulo tornou ainda mais evidente a necessidade de qualificação dos trabalhadores, para a execução da política de saúde mental, sem os quais não será possível consolidar a grande transformação que se pretende empreender. Passaremos em seguida à análise do material empírico cujo conteúdo apresentou questões relativas às representações dos trabalhadores sobre o modelo de atenção CAPS.

6 O MODELO DE ATENÇÃO CAPS

O Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, influenciado pelas transformações ocorridas em outros processos de reformas psiquiátricas, incorporou novos princípios no direcionamento da atenção em saúde mental. Durante a segunda metade do século XX, o paradigma psiquiátrico, baseado no isolamento e na tutela do louco, começa a ser questionado, devido a três fatores concomitantes: o desenvolvimento da psicofarmacologia e novas intervenções psicossociais, o movimento em favor dos direitos humanos, e a incorporação de componentes sociais e mentais na própria concepção de saúde. (OPAS/ OMS, 2001)

As transformações do modelo de atenção em saúde mental visam a mudanças em várias dimensões. Questiona-se o saber psiquiátrico e a concepção exclusivamente orgânica dos transtornos, ampliando-se a compreensão de saúde e doença mental como um processo social. Coerentemente, práticas assistenciais anteriormente focalizadas na sintomatologia e no hospital psiquiátrico, como locus das intervenções, transformam-se em práticas inovadoras, produzidas em serviços abertos e comunitários de saúde mental. O respeito aos direitos humanos produz a necessidade de conceber a cidadania como uma posição ética, por parte dos trabalhadores, serviços e sociedade em geral. No plano sociocultural, torna-se fundamental criar novas formas de relação entre sociedade e loucura, para possibilitar a inserção social dos portadores de transtornos mentais.

Desse modo, entende-se como modelo de atenção o conjunto de saberes e práticas, organizados de modo a contemplar as mediações necessárias entre as dimensões técnica e política, sendo esta relação tensa, contraditória e em permanente movimento de construção. (Campos, 1992)

No campo de práticas da reforma psiquiátrica brasileira, encontra-se uma evidente tensão entre os planos técnico-clínico e político-social. De um lado, o trabalho clínico institucional que privilegia a singularidade dos sujeitos, e de outro o trabalho no território privilegiando as necessidades concretas de vida, a questão da cidadania e inclusão social dos usuários.

Por conseguinte, os serviços de saúde mental reproduzem estes conflitos, organizando-se (ou não) em torno da necessidade de construir um modelo, um conjunto de práticas norteadas pelas diretrizes da política pública nacional. Quanto aos CAPS, como vimos anteriormente, há uma grande expectativa de que possam se constituir em serviços estratégicos à implementação e à sustentação das políticas de saúde mental.

Nesse sentido, o que originou este capítulo foi a presença, no discurso dos trabalhadores, de temas identificados com a percepção desses sobre o modelo de atenção do CAPS. A análise foi empreendida baseando-se em três subtemas: a concepção de atenção, o CAPS e seus objetivos e a organização do serviço.

6.1 As concepções da atenção

A atenção em saúde mental vem se transformando, principalmente, pela possibilidade de ampliação do olhar sobre o objeto de intervenção, isto é, pelo fato de colocar o sujeito, e não mais a doença mental, e sua rede de relações em evidência, proporcionando um conjunto de ações dirigidas à melhora da qualidade de vida, resgate de direitos de cidadania e inclusão social. Portanto, a transformação da atenção requerida, está diretamente vinculada à noção de processo saúde-doença mental com a qual os trabalhadores operam os processos de trabalho empreendidos por eles.

Campos (1992) argumenta que os projetos reformistas são muito críticos ao que não deve ser feito, porém, tem grandes dificuldades em superar as práticas tradicionais e avançar efetivamente em relação à construção de práticas alternativas de atenção. Assim, uma das principais dificuldades encontradas na transformação da atenção, diz respeito à superação do modelo psiquiátrico, pois, esse reproduz o saber médico em relação às doenças mentais e sua ação, a partir da descoberta dos psicofármacos, se estabelece por meio de uma intervenção nos sintomas, pela via medicamentosa. Observa-se que esta concepção de atenção está presente no discurso dos trabalhadores, apontando ainda os medicamentos injetáveis como imprescindíveis na atenção realizada no CAPS:

“(...) deveriam ver a saúde mental não só como comprimidos, mas também os [medicamentos] injetáveis, porque uma enfermagem [no CAPS], com certeza, precisa injetáveis em várias ocasiões (...).”

Esse fragmento do discurso promove uma identificação entre “saúde mental e comprimidos”, indicando que a atenção estaria baseada nessa premissa. De outro lado, um dos indícios de que o modelo sintomatológico convive com uma compreensão mais ampliada de atenção em saúde mental, no CAPS, aparece em outro trecho:

“‘Eu quero o médico’, mas não adianta só o médico (...) há todo um contexto (...).”

Observa-se que, embora o discurso do trabalhador contemple uma perspectiva de ampliação da atenção, para além do médico e, portanto, da medicação, este também indica a expectativa do usuário em relação à atenção segundo o modelo médico tradicional.

O modelo de atenção também pode ser entendido como uma resultante entre a oferta e o consumo de ações de saúde, isto é, tem a ver com o que é produzido pelos agentes de saúde (atendimento médico) e o modo como a população consome estas ações para lidar com seus problemas (uso da medicação). O padrão de consumo seria determinado pelas características dos serviços ofertados e pela representação social da saúde e da doença, além do valor atribuído aos diferentes cuidados à saúde. (Dalmaso, 1994)

Desse modo, o usuário do serviço tende a responder ao que lhe é ofertado tradicionalmente em termos de saúde. Constata-se, então, que a oferta de serviços exclusivamente médicos é reconhecida como uma concepção de atenção tanto pelo produtor das ações, o trabalhador do CAPS, como pelo usuário, consumidor do serviço ofertado. No entanto, esta oferta tradicional baseada no modelo médico sintomatológico, é também relativizada no discurso dos trabalhadores:

“(...) ela [usuária] pode falar (...) a gente tem conversado cada vez mais e intentado aquela visão médica ortodoxa o menos possível.”

A possibilidade de abertura de espaços para a fala do usuário parece proporcionar a redução da atenção exclusivamente médica. Ao invés de silenciar os sintomas e organizar a “desordem” psíquica, investir na linguagem, que “passaria a ser considerada como meio de produção de um indivíduo que afinal não cessava de dizer coisas a seu respeito”. (Goldberg, 1994: 100)

Esse pressuposto, alinhado ao modelo psicanalítico de atenção, reconhece os sintomas como uma manifestação de conflitos inconscientes, positivando-os como um saber do sujeito sobre si mesmo e sua singularidade. A linguagem é o meio privilegiado de comunicação deste saber que, ao ser endereçado ao terapeuta, transferencialmente, permite o trabalho da análise.

Entretanto, a atenção que aborda o sujeito em seu universo individualizado é também considerada reducionista pelo discurso dos trabalhadores:

“Eu percebo que a gente traz muito o indivíduo aqui (...) a gente não consegue dar conta desse espaço fora da pessoa, a pessoa fora do CAPS (...) é quase como se a gente negasse o que acontece lá fora.”

“A atenção à saúde mental, ela não é só aquela atenção fragmentada, imobilizada, de uma visão técnica (...).”

A concepção de atenção mais representativa, entre os trabalhadores, considera a necessidade de ampliação do campo de intervenções, para além da doença e do sujeito, embora haja uma certa dificuldade em definir a abrangência deste campo:

“Eu acho que (atenção) é a gente permitir uma escuta que estabeleça um laço entre a vida da pessoa fora daqui (do CAPS) e a vida da pessoa aqui dentro.”

“(...) o que eu identifico só aqui [no CAPS] (...) é essa questão (...) de poder pensar no ser humano num todo (...).”

A psiquiatria ocupou-se do estudo da doença, colocou o doente entre parênteses, construiu um objeto fictício, pois não existe a doença sem o sujeito de sua experiência. A psicanálise considerou o sujeito singular, porém, ao “apostar” na construção de possibilidades desde o próprio sujeito, desconsiderou o significado social atribuído à doença, as condições concretas de vida dos sujeitos e o trabalho necessário de transformação das relações sociais.

Portanto, torna-se necessária uma concepção mais abrangente de atenção. A noção de desinstitucionalização vem ao encontro da idéia de desconstrução das instituições, entendidas como conjunto de saberes, práticas e dispositivos todos voltados às funções de normalização e disciplinamento da loucura. O objetivo a ser atingido é a produção de vida, a invenção de saúde e a reprodução social dos usuários de serviços de saúde mental, estes também, novas instituições inventadas. (Rotelli, 1990)

Estamos sempre mais convencidos de que o trabalho terapêutico seja este trabalho de desinstitucionalização voltado para reconstruir as pessoas como atores sociais, para impedir-lhes o sufocamento sob o papel, o comportamento, a identidade estereotipada e introjetada que é a máscara que se sobrepõe à dos doentes. Que tratar signifique ocupar-se aqui e agora para que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente e que ao mesmo tempo se transforme a sua vida cotidiana. (Rotelli, 1990: 94)

No campo da reforma brasileira, toda essas tensões entre posições clínicas, políticas e sociais vêm sendo traduzidas, para um campo de práticas e cuidados, na chamada atenção psicossocial. A atenção psicossocial, além de incorporar os aspectos

psíquicos e sociais aos sujeitos da atenção, designa o conjunto de dispositivos e instituições e a forma de estruturar as relações terapêuticas, com implicações éticas radicalmente distintas das práticas asilares. (Costa-Rosa, Luzio, Yasui, 2003)

Desse modo, identifica-se no discurso dos trabalhadores que a concepção da atenção psicossocial é predominante, isto é, demonstra-se uma preocupação com práticas que abarquem aspectos da vida concreta e cotidiana dos usuários. Uma das formas em que aparecem representadas estas preocupações diz respeito ao cuidado com o usuário e o meio social mais próximo, os familiares:

“(...) a queixa vinha mais por parte da família (...) a gente fica naquela posição de fazer a escuta de todo o contexto (...)”

“Eu tenho que aconselhar um pouco esses dois [usuário e mãe] e tentar fazer com que ele tenha uma aderência ao tratamento e que ela também não boicote (...)”

“Você está sempre em contato com famílias, tentando amarrar o tratamento com a situação dele em casa, com a situação social dele (...)”

“(...) precisou conversar com a mãe e esperar essa irmã e orientar algumas coisas (...) a gente necessita de quem está próximo [do usuário] pra ajudar (...) quem vai fazer isso, na verdade, a parceria com a gente, é o familiar (...)”

“(...) eu acho que a família tem que se integrar (...) às vezes a família está distante, por isso que a família é importante vir e participar (...)”

É indiscutível a presença dos familiares dos usuários no tratamento, seja pelas implicações cotidianas no ato de cuidar, ou pela importância no favorecimento das relações familiares, influenciando o campo de relações sociais. A meta do tratamento comunitário em saúde mental implica, necessariamente, em criar condições para o convívio familiar. Observa-se também que a atenção psicossocial no discurso dos trabalhadores envolve outros aspectos da vida concreta dos usuários como questões sociais, econômicas, culturais, de direitos, de trabalho, dentre tantas outras:

“(...) [o usuário] continua tendo o problema dele e ele continua tendo a questão previdenciária (...) a parte clínica (...) caminha junto com a outra parte que aí no caso é a questão da previdência social.”

“(...) eles [familiares] já têm as dificuldades [econômicas], então, se a gente não dá um mínimo de orientação ou até de encaminhamento pra que aquela pessoa [usuário] (...) receba algum suporte de pensão, a pessoa [familiar] fica desesperada e abandona.”

“(...) teve uma intervenção que passa pela diminuição dos sintomas, passa por evitar a internação (...) também passa de trabalhar com ele [usuário] uma outra questão que é a dinâmica familiar, questões outras aí dele com a sociedade, onde ele mora, o território, o condomínio (...).”

“(...) eles [usuários] têm necessidade de atendimento inclusive de saúde bucal, na grande maioria eles estão numa situação de saúde bucal muito ruim (...) está tudo ligado, é impossível a gente separar (...).”

As práticas de atenção psicossocial devem abarcar os usuários “em suas múltiplas interações socioeconômicas e culturais; trata-se de ajudar o usuário em sua vida cotidiana por uma vida melhor”. (Delgado¹⁹ apud Tenório, 2001a: 55)

No campo do trabalho, como uma das vertentes socioeconômicas da vida dos usuários, é interessante observar que, no discurso dos trabalhadores, há uma certa indeterminação quanto aos objetivos deste tipo de práticas. A partir da experiência do projeto trabalho no CAPS, caracterizado originalmente como um projeto de geração de renda, fragmentos extraídos dos discursos evidenciam uma certa ambigüidade sobre a atenção realizada, ora valorizando a capacidade de responsabilização dos usuários pelo trabalho, ora considerando este aspecto secundário, na medida em que este projeto seria mais um dos espaços terapêuticos do CAPS:

“(...) eu colocava a mão na massa sim e eu percebia que eles [usuários] iam encostando (...) eu falei: ‘Não. Isso não é a proposta do trabalho.’ (...) eu estou ali acompanhando, orientando, sempre do lado e tal, mas fazer muito pouco (...).”

“(...) [os usuários] nem fazem muito o que a gente espera [no projeto trabalho], mas eu sei que é importante ele estar aqui, só dele sair de casa, tomar um ônibus, chegar aqui, ver os colegas, eu acho que isso já é terapêutico, é o lado terapêutico do trabalho.”

Por essa razão, fica evidente a necessidade de aprimorar a discussão do trabalho como um instrumento da atenção psicossocial na equipe do CAPS, pois uma das premissas do uso desta atividade no processo de reabilitação psicossocial é exatamente o sentido do trabalho enquanto valor social no projeto de vida dos usuários. (Saraceno, 1999)

A noção de atenção psicossocial pressupõe uma compreensão ampliada das necessidades de saúde mental da população usuária, além do que é trazido como queixa ou motivo para o sofrimento expresso. Portanto, os projetos terapêuticos emergem da

¹⁹ Delgado PG. A psiquiatria no território: construindo uma rede de atenção psicossocial. Saúde em Foco: informe epidemiológico em saúde coletiva 1997;VI(16): p.41-3.

possibilidade de diálogo entre os trabalhadores e os usuários. São singulares, pois envolvem realidades específicas de um sujeito, em relação às possibilidades também específicas dos trabalhadores e da equipe de cuidados:

“Eu acho que essa história com o [usuário] L, que foi obrigando a gente a ter o tempo inteiro que reinventar o tipo de atendimento, o tipo de oferecimento que a gente vai fazendo com ele, eu acho que é um exemplo, um modelo de atenção (...).”

Nessa lógica, há uma responsabilidade conjunta entre trabalhadores e usuários para a realização da atenção, ou seja, os usuários também são chamados a se implicar em seus projetos terapêuticos:

“Tenho a idéia de que atenção tem muito mais a ver com uma certa integração e com uma certa divisão com o sujeito pela responsabilização dos sintomas dele.”

“(...) quando eu cheguei [na lanchonete do projeto trabalho] eu falei pra eles: ‘A minha proposta não é fazer, é ensinar vocês’.”

Cuidar das questões dos usuários não significa fazer “por eles” ou assumir responsabilidades por eles. No plano do sujeito é preciso que cada um se responsabilize, pois se excluirmos o sujeito de sua responsabilidade, o mantemos alienado de sua condição e sob a tutela de nossa responsabilidade. A noção de tomada de responsabilidade na atenção psicossocial se refere à capacidade de responder ativamente às questões dos usuários, considerando uma perspectiva ampla de intervenções. Não significa assumir todos os problemas e encontrar soluções, mas agenciá-los em conjunto com os outros recursos necessários. (Elia, 2004)

Vimos, então, que o discurso dos trabalhadores expressou preponderantemente a concepção da atenção psicossocial como noção para a abordagem dos problemas de saúde mental dos usuários do CAPS. Vejamos em seguida, como essa noção de atenção se articula com o conjunto de práticas, norteadas pelas diretrizes da política de saúde mental, e se concretiza num determinado espaço institucional, o serviço CAPS.

6.2 O CAPS e seus objetivos

Os CAPS, no contexto da Reforma Psiquiátrica e das políticas públicas de saúde mental, estruturam-se como serviços de atenção diária para a população portadora de transtornos mentais severos e persistentes, de um determinado território. A atenção prestada deve atender às necessidades singulares de cada usuário, de modo que a frequência no serviço e as intervenções realizadas sejam organizadas para construir projetos terapêuticos de acordo com a complexidade das situações. Esta concepção mais geral sobre os objetivos do serviço CAPS é encontrada no discurso dos trabalhadores:

“Eu acho que o objetivo do CAPS é poder acolher (...) esse paciente e a família (...).”

“Eu acho que o objetivo no tratamento é acolher (...) oferecer ajuda até o final (...) abolir qualquer coisa mais agressiva que venha nos trazer (...) pra trás da reforma.”

“Eu acho que tem uma coisa [nos objetivos do CAPS] que é o senso comum (...) dar um suporte mais humanizado (...) construir alguma coisa que seja um processo dito terapêutico que não vá cair numa repetição de crises ou de internações ou de sofrimentos.”

Observa-se que acolhimento e suporte são características comuns nos fragmentos acima e, por si, já promovem mudanças na forma de realizar a atenção, diferenciando-a do modelo tradicional, pois, acolher usuários e familiares pressupõe uma disponibilidade para construir algo diferente.

É interessante uma das frases temáticas identificar o objetivo dos CAPS como senso comum. Isto não significa que o senso comum passou a conter valores como a não-exclusão dos doentes mentais, mas ao manter-se como reproduzidor dos valores conservadores da classe dominante, encontra-se alinhado às políticas sociais do Estado, que, em última análise asseguram a reprodução do capital. (Fonseca, Egry, Bertolozzi²⁰, 2005) Cabe ressaltar é que, embora existam políticas sociais que garantam a existência de serviços como o CAPS, isto se dá num campo repleto de contradições estruturais.

Pode-se afirmar que, na reformulação da atenção em saúde mental, é de fundamental importância a construção de projetos singulares de tratamento,

²⁰ Fonseca RMGS, Egry EY, Bertolozzi MR. O materialismo histórico e dialético como teoria da cognição e método para a compreensão do processo saúde-doença. Conteúdo de apostila do Curso de Atualização em Saúde Coletiva. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005.

privilegiando respostas a situações específicas de necessidades de cada usuário. Baseando-se no questionamento do modelo psiquiátrico, que propõe respostas padronizadas do tipo “para um transtorno, um remédio”, encontram-se os sujeitos em seu contexto histórico de vida, adoecimento e necessidades de saúde. A idéia de que o serviço CAPS atende às necessidades dos usuários, encontra-se evidenciada no discurso dos trabalhadores:

“Eu acho que foi oferecido [pelo CAPS] o que o caso exigia, eu acho que teve sim uma coerência tanto é que teve um bom resultado, foi um final feliz.”

“(...) temos que reservar esse consultório [odontológico] pra casos graves aonde realmente em outros lugares não dá conta (...) não faz sentido o paciente que está bem, que pode ir pra outro lugar ser atendido aqui.”

Um dos principais aspectos da atenção diária é a possibilidade de acolher, num mesmo serviço, as variadas situações que podem ocorrer no tratamento dos usuários. De modo geral, os serviços são estruturados para o atendimento no momento da crise, como é o caso das emergências psiquiátricas, ou fora da crise, como nos ambulatorios. Apesar das dificuldades que podem ser encontradas para o manejo de algumas situações críticas, os CAPS devem se tornar o centro estratégico do atendimento aos casos graves, superando os dispositivos tradicionais das emergências psiquiátricas. (Delgado, 2001)

O acompanhamento de um usuário, o vínculo com os trabalhadores e com a instituição, permitem o acolhimento de uma situação de crise, situando-a dentro do contexto dos acontecimentos da vida do sujeito e podendo, em muitos casos, prescindir de contenção física. Além disso, é a capacidade dos CAPS desenvolverem estratégias de acolhimento para crises agudas que podem demonstrar a viabilidade de organização de uma rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos. (Brasil, 2005b)

Esse objetivo do CAPS é reconhecido pelos trabalhadores:

“(...) o CAPS surge com a proposta de ser um serviço substitutivo a uma internação psiquiátrica.”

“Quando você inicia um tratamento com um paciente em crise (...) percebe que essa pessoa se estabilizou (...) acho que já é uma ajuda, ou seja, ajuda de poder no mínimo evitar uma internação (...).”

O trabalho com as situações de crise é complexo, exige disponibilidade para ir ao encontro de alguém que, muitas vezes, se isola. O espaço do serviço, acolhendo as

situações de crise, fica caracterizado como o lugar de relações e não de limitações, como ocorre nas internações. Mesmo quando a situação exige formas de tutela e controle, estas não podem ser algo protocolar, mas uma escolha motivada por um limite crítico **da e na** situação. As situações de crise tradicionalmente são abordadas baseando-se em premissas estabelecidas tanto para a condição de crise, como para as respostas padronizadas. (Dell’Acqua, Mezzina, 2005)

Esta cultura, de construção de uma abordagem de situações de crise, precisa ser desenvolvida nos CAPS, pois, de modo geral, a idéia de crise vem acompanhada da visão médica, pela via da contenção medicamentosa:

“(...) se querem fazer aqui [CAPS] 24 horas, queira ou não, é necessário [medicamentos] injetáveis (...) aqui é de saúde mental, então eu acho que é básico você ter alguns tipos de injetáveis pra fazer uso, até pelo pedido dos próprios profissionais da casa (...).”

No discurso observa-se que há uma associação entre retaguarda – crise – medicação injetável, isto é, além de denotar uma conduta médica pré-fixada, de controle de sintomas, não demonstra qualquer outra possibilidade de abordagem de situações de crise. É importante salientar que discussões sobre a atenção à crise já foram desenvolvidas pela equipe em vários momentos, em função do credenciamento do CAPS como serviço 24 horas, situação esta que até o momento não se viabilizou.

Mesmo não se ocupando integralmente da atenção no momento de crise, o CAPS deve se responsabilizar pelos usuários e, se necessário, articular com o serviço de emergência uma eventual retaguarda ou atendimento de situações de crise, sendo esta uma de suas atribuições na rede de atenção.

Segundo a Portaria n.º 336 (MS), é função do CAPS organizar e coordenar a demanda de saúde mental da população no território em que o serviço se encontra. Para exercer esta função, o CAPS pode fazê-lo tomando-se por base a articulação com os outros recursos de saúde e do atendimento da demanda que ocorre ao serviço espontaneamente, como é o caso do CAPS em questão, funcionando como porta de entrada da rede de saúde mental. Pôde-se identificar no discurso dos trabalhadores o reconhecimento dessa função, porém como uma falta:

“O CAPS pode ter uma atuação muito importante na rede, pode coordenar muitas unidades entre si (...) CECCOs, ambulatórios, ambientes hospitalares, ele pode integrar muitas coisas (...) depende também de uma organização, de uma parte tática,

técnica, de atendimento que a gente deveria coordenar.”

“A gente sente que aqui [no CAPS] em especial, a gente tem um pouco de distância dos nossos ambulatórios, os PSFs (...) o que a gente vê na prática é que serviços ambulatoriais fazem um negócio totalmente isolado.”

Quanto ao atendimento da população que chega diretamente ao CAPS, percebe-se uma visão pessimista em relação a esse trabalho:

“(...) o acolhimento em si é muito burocrático às vezes. Eu acho que ali já devia ser terapêutico (...) já devia ter uma visão mais comprometida (...).”

“O acolhimento fica muito restrito a isso, onde é o bairro, então, independente se é meu [do território] ou não, depois a gente encaminha. Mora no “caixa prego”, não importa, tá chorando (...).”

O acolhimento inicial faz parte de um trabalho fundamental para propiciar a vinculação do “futuro” usuário no serviço e para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de outro tipo de atenção. Foi possível identificar, nas frases temáticas, uma falta de disponibilidade dos trabalhadores na escuta dos casos novos que chegam ao serviço e a transformação do acolhimento inicial em um procedimento burocrático. Para os que moram em outros territórios, este critério, muitas vezes, é colocado em primeiro plano, substituindo qualquer tipo de atenção que poderia ser prestada a estas pessoas, facilitando a orientação e o encaminhamento.

Como pudemos observar, a capacidade de acolhimento do CAPS fica questionada, quando se percebe a forma como ocorrem os atendimentos iniciais. No entanto, em outros fragmentos do discurso dos trabalhadores, pôde-se verificar que o serviço se organiza diante da possibilidade de acolher os usuários em suas necessidades:

“(...) teve semana em que ela [usuária] vinha praticamente todo dia, vinha ela, vinha família, a família dela complicada, fui criando um vínculo com ela, então eu acho que essa é uma situação bem típica de CAPS (...).”

A situação envolvendo o usuário e sua família indicou um aumento da frequência ao serviço, eventualmente diário, facilitou a construção de vínculos, oferecendo a continuidade necessária ao acompanhamento de uma situação crítica. O vínculo do usuário com os trabalhadores é considerado um passo fundamental para a

realização do tratamento, mesmo que este esteja restrito à relação com o médico e com a medicação:

“Se você, minimamente, ajudou ele [usuário] a vincular com a medicação, com o médico ou com alguém da equipe (...) proporcionar uma sustentação de tratamento, mesmo que mínima, mínima que eu digo é medicamentosa, acho que é um grande trabalho na nossa área (...) eu penso que o CAPS atinge até pouco esse primeiro objetivo (...) do tratamento (...).”

Nesse fragmento, observa-se que o tratamento medicamentoso é considerado como um “mínimo” a ser realizado, sugerindo-se que em algumas situações este mínimo já é um máximo, “um grande trabalho” e que, ainda assim, o CAPS atingiria pouco esse objetivo.

Verifica-se que os discursos explicitam percepções contraditórias e diversas em relação às possibilidades do serviço CAPS acolher, construir relações de vínculo e propiciar a sustentação do tratamento dos usuários. Isto se deve, provavelmente, às diferentes concepções de atenção, mais ou menos reducionistas, que foram desveladas nas frases temáticas.

Uma das perspectivas de ampliação do campo da atenção diz respeito à abordagem do sujeito psíquico. A escuta da singularidade é vista como um dos objetivos do CAPS, para propiciar transformações e construir possibilidades a partir disto:

“(...) tem a ver com o CAPS produzir uma atenção onde o sujeito tem que ser ouvido, onde o sujeito tem que construir possibilidades de caminhos (...).”

“(...) o objetivo do CAPS é a reconstrução do sujeito (...) remodelar alguns modelos de funcionamento, fazer com que mude algumas formas de percepção e de atuação.”

Ainda, em relação à singularidade dos sujeitos, o discurso dos trabalhadores faz referência às relações do CAPS com os muitos aspectos da existência humana, porém sem explicitar quais seriam os objetivos do serviço:

“(...) [o CAPS] já tem uma ousadia maior de querer encontrar o indivíduo em várias dimensões (...) tomar o indivíduo como capaz mesmo de se transformar (...).”

“Eu acho que o papel do CAPS é estar próximo das pessoas (...) de você poder contemplar tudo o que as pessoas podem ser, toda a diversidade que é o ser humano (...).”

Numa perspectiva ampliada sobre os sujeitos existe a expectativa de que o serviço CAPS possa “encontrar” os mesmos nas muitas dimensões. Isto pode estar significando criar um campo de intervenções tão diverso quanto os sujeitos, no interior do serviço, na medida em que “você pode contemplar tudo o que as pessoas podem ser”. Nesta afirmação, existe um risco de transformar o CAPS numa instituição total, capaz de suprir todas as necessidades dos sujeitos. Para Dell’Acqua e Mezzina²¹ (1990), a idéia de cuidar integralmente das pessoas nada tem a ver com o fechamento do serviço em si mesmo, mas com a capacidade dos serviços territoriais tornarem-se permeáveis e caminhar no sentido de construir uma rede de relações para fora do serviço.

Uma das noções que procura redimensionar a atenção diz respeito à chamada clínica ampliada, onde “da enfermidade como objeto de conhecimento e de intervenção, pretende-se também incluir o Sujeito e seu contexto como objeto de estudo e de práticas da clínica”. (Campos²², 1996/ 1997: 5) Esta noção de clínica ampliada está presente no discurso dos trabalhadores como objetivo do CAPS:

“(...) eu penso que os objetivos [do CAPS] tem a ver com a clínica ampliada (...).”

“(...) é o papel de um CAPS (...) a missão de um CAPS na assistência (...) enxergar o sujeito além da sua doença clínica, enfim, além de seu diagnóstico.”

O serviço enquanto lugar terapêutico também é reconhecido como característica e objetivo do CAPS. Não se refere a um lugar físico qualquer, mas a um lugar de vida cotidiana, um ambiente suficientemente permeável para propiciar uma rede de relações de sociabilidade. (Goldberg, 1994)

Dell’Acqua e Mezzina²³ (1990) propõem que o serviço de atenção diária deve desenvolver sua própria vida social, favorecendo maciçamente as trocas materiais e de relações, e criando redes sociais que continuamente se diluem na comunidade mais ampla. Esses autores defendem que a rede de comunicação seja aberta e estenda-se para fora do serviço, caso contrário, mesmo que o serviço seja capaz de realizar transformações reais na existência dos sujeitos, mantém-se um “mundo separado” e uma simples estratégia de gestão ao invés de um movimento emancipatório.

A possibilidade do ambiente da instituição constituir-se em lugar de

²¹ Dell’Acqua G, Mezzina R. O centro de saúde mental 24 horas como comunidade terapêutica alargada: a reabilitação e o desenvolvimento de uma rede participativa. In: Relatório do II Congresso Nacional da Sociedade Italiana de Reabilitação Psicossocial; 1990. Tradução: Elisabete Ferreira Mangia. (mimeo)

²² Campos GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada; 1996/ 1997. (mimeo)

²³ Idem nota 21

manifestação da existência dos sujeitos encontra-se expressa nos discursos:

“(...) respeitar o usuário, acolher a diferença dele, dar espaço pra que ele se expresse, respeitar essa expressão diferente (...) fazer com que ele acredite que isso é importante, que isso tem um sentido, que isso tem um valor (...).”

“O CAPS é um ambiente e faz um ambiente de suporte pra que o sujeito aconteça, é isso que eu falo da clínica (...) eu acho que o CAPS, no final das contas é isso (...).”

“(...) um paciente cantando e não sendo importunado (...) ela estava cantando livre, leve e solta, lindamente por sinal e coisas assim que acontecem no CAPS que eu acho qualificam o trabalho no CAPS.”

Salientamos que o ambiente terapêutico é propiciado pela presença de pessoas, pelas trocas e não pelo espaço físico de estar, senão um pátio de hospital cumpriria esta função. O uso do tempo é fundamental “para favorecer a saída da condição de inércia psíquica e retiro social da pessoa, mas, ao mesmo tempo, de inércia institucional para os operadores”. (Dell’Acqua, Mezzina²⁴, 1990: 7)

Fala-se em uso do tempo com atividades significativas, que despertem o interesse e as necessidades, no qual o processo de cada usuário possa encontrar ancoragem. À medida que o vínculo com o serviço vai se organizando, novas demandas dos usuários vão surgindo, e novas respostas devem ser oferecidas. Parte significativa dos usuários consegue atingir um nível de organização psíquica, estabilizam-se, rompem com o isolamento, e começa um desejável “processo emancipatório”. (Goldberg, 1994, p: 118)

Esse processo recoloca o serviço numa posição de caminhar junto e para fora da instituição. Surgem as novas necessidades, porém, o colocar-se na vida é uma tarefa difícil, que exige acompanhamento:

“(...) eu acho que esse é o papel do CAPS, desse lugar de ser um interlocutor entre eles [usuários] e o mundo.”

A atenção psicossocial, como um princípio a ser estabelecido pelos CAPS, define-se por transformações no paradigma asilar e psiquiátrico, valendo-se de ações político-ideológicas e teórico-técnicas. O campo das ações político-ideológicas se refere

²⁴ Dell’Acqua G, Mezzina R. O centro de saúde mental 24 horas como comunidade terapêutica alargada: a reabilitação e o desenvolvimento de uma rede participativa. In: Relatório do II Congresso Nacional da Sociedade Italiana de Reabilitação Psicossocial; 1990. Tradução: Elisabete Ferreira Mangia. (mimeo)

ao resgate da dignidade humana e dos direitos de cidadania, ao mesmo tempo em que contempla a particularidade dos usuários de serviços de saúde mental. (Costa-Rosa, Luzio, Yasui, 2003)

Significa dizer que o exercício da cidadania dos usuários deve ser uma das dimensões do trabalho do CAPS, pois a participação social é algo a ser sustentado, do ponto de vista do usuário, e conquistado, na medida em que é preciso discutir as relações da sociedade com a loucura. Esta posição, coerente com o objetivo do CAPS, nas questões de cidadania, é expressa pelos trabalhadores:

“Acho que pra mim o CAPS tem um pouco a ver com (...) resgate de cidadania, de respeito, de uma relação transparente.”

Para Tenório (2001a), a luta pela cidadania do louco é realizada de muitas e diferentes formas, num campo diverso de saberes e práticas e tem como um enunciado comum a inclusão dos sujeitos, porém:

Na indefinição com que opera o conceito de sujeito, esse enunciado se presta a expressar tanto a dimensão política e cultural mais ampla trazida pela questão da cidadania, que envolve a relação da sociedade com a loucura e o reconhecimento do louco como sujeito de direitos e sujeito social, quanto a dimensão mais específica de como operar, na singularidade de cada caso, uma outra possibilidade de existência que não a anulação do sujeito pela doença. (Tenório, 2001a: 15)

Nessa diversidade de possibilidades de inclusão, encontram-se estas duas dimensões caracterizadas como objetivos do CAPS, no discurso dos trabalhadores, porém, é preponderante a idéia de que a inclusão envolve a integração do usuário nas relações sociais:

“(...) [O objetivo é] promover inclusão (...) o que é possível ela [pessoa] conseguir dentro do que ela quer (...) resgatar projetos possíveis pra essas pessoas.”

“(...) responde aos objetivos do CAPS (...) enquanto uma clínica ampliada, enquanto um programa de reabilitação (...) na questão da inserção na sociedade.”

“Eu entendo que o objetivo [do CAPS] é reintegrar o indivíduo (...) a marginalização psiquiátrica histórica é abolida com o CAPS (...).”

“(...) a função do CAPS não é só de um tratamento médico (...) mas também dele como pessoa e aí nisso entra essa coisa da reinserção social, de devolver pra sociedade (...).”

“(...) família é fundamental pra que a gente consiga esse trabalho de reinserção (...) acaba ajudando a chegar num dos objetivos [do CAPS] (...) por mais que você consiga

do paciente (...) se ele não encontrar um meio que ajude também, favorável, ele não vai conseguir alcançar esse objetivo.”

As intervenções devem reconhecer o quadro de necessidades e recolocar os sujeitos na perspectiva de seu histórico pessoal e em uma rede social. Os atos práticos podem considerar recursos múltiplos, do próprio serviço e outros aos quais o serviço está atrelado, e que são singularizados no projeto individual. Estes recursos tendem a cobrir um amplo campo de possibilidades de vida e alternativas para a limitação, englobando a esfera do habitar, renda e dinheiro, alimentação, cuidados de si, trabalho, tempo livre e outras. A análise dos discursos revela as limitações encontradas pelo serviço CAPS para acompanhar os usuários nas questões de moradia e trabalho:

“(...) eu não gostaria de ver um paciente morando na rua (...) o CAPS poderia ser um pouco mais ativo quanto a isso, mas eu não sei, a realidade é outra que a gente enfrenta.”

“Então, eu acho importante a gente estar preparando, atuando, acompanhando, tentando prepará-los [usuários] para talvez um mercado de trabalho que abrisse aí pra eles (...) a proposta de trabalho [enquanto] terapia, eu acho legal, responde [a este objetivo], mas pra outras coisas não.”

Percebe-se que as ações ficam limitadas, em grande parte, por permanecer no interior da instituição. Ajudar nas questões de moradia e trabalho, necessariamente, implica articulação com outros recursos, fora do CAPS. Esta situação fica muito explicitada no caso do projeto trabalho que, enquanto “terapia”, isto é, espaço de acolhimento dos usuários, funciona muito bem, porém, quanto à perspectiva de inserção social está longe de atingir seus objetivos.

Em relação a esse acompanhamento do usuário no campo social, na construção de possibilidades concretas de inclusão, ressalta-se que um único trabalhador entrevistado questiona a permanência dos usuários no CAPS por longo tempo. Para ele, esta situação é uma falência do serviço:

“Tem vários [usuários] que estão aqui [no CAPS] há vinte anos, se aqui é de atenção psicossocial e não conseguiu em vinte anos qualquer grau de autonomia pra essas pessoas, então, houve alguma falha no projeto terapêutico, houve uma falha no compromisso da instituição (...) [se] o objetivo é atenção psicossocial (...) é uma coisa discursiva (...) no fundo não se percebe, não se sabe bem o que significa esse objetivo (...) o que significa recusar à pessoa voltar pro mundo dela, eu não posso deixar ela ficar aqui.”

Enquanto um princípio básico do serviço CAPS, os projetos terapêuticos devem incluir a inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os direitos de cidadania, estimulando o protagonismo dos usuários diante de suas vidas. (Brasil, 2004b) Quanto a essas possibilidades individuais e familiares, o discurso dos trabalhadores também evidencia as dificuldades encontradas para a execução desse trabalho:

“(...) a gente percebe que existe um cotidiano desse tipo de pessoa [usuário], existem alterações importantes dentro da condição familiar, uma série de dificuldades de adaptação, o CAPS nem sempre consegue fazer a reabilitação (...).”

A inserção social e a autonomia são condições a serem construídas e têm representações singulares na vida de cada usuário:

[...] pode ser a capacidade de trabalhar e ganhar seu próprio dinheiro, a simples possibilidade de ir ao serviço todos os dias sem depender de que um parente o acompanhe, a capacidade de reconhecer a chegada da “crise” e pedir ajuda a tempo de evitar uma internação ou a própria possibilidade de se internar para evitar uma situação mais grave. Só o paciente pode dizê-lo, e é isso que importa: pôr, no lugar da cura, que se costuma aferir segundo escalas de medição externas ao paciente, as conquistas possíveis e pertinentes para cada pessoa assistida, que só ela mesma, valorizada em sua condição de sujeito, pode indicar. (Tenório, 2001a: 61 grifo do autor)

O projeto de inserção social deve ser traçado conjuntamente com o usuário, dentro de suas necessidades, seus limites e possibilidades, no entanto, devemos também considerar que as ações institucionais, pelo que vimos anteriormente, praticamente só se desenvolvem no interior do CAPS.

Nesse sentido, talvez o discurso dos trabalhadores contenha expectativas generalizadas para a atenção psicossocial, que pode estar indicando uma visão normalizadora para a totalidade dos usuários, mas, por outro lado, o conjunto dos trabalhadores também tem uma ação bastante limitada quando se refere a intervenções no campo social. E os usuários, certamente, se mantêm no meio dessas contradições.

Ainda no campo das iniciativas de inserção social, os trabalhadores apontam para limitações que estariam em outros setores e, portanto, fora do alcance do trabalho do CAPS:

“Muitos problemas aqui [no CAPS] precisariam de um aparato, assistência social, fundamental pra moradia e outras coisas (...) a gente olha pro indivíduo como um todo, mas não pode tratá-lo todo, a não ser com um voluntarismo muito grande, pessoal nosso, de sair, de buscar (...).”

“(...) ele [usuário] não tem uma coisa de trabalho (...) poderia ter uma renda (...) um emprego (...) eu não sei se esses projetos dos CAPS conseguem dar conta disso.”

“(...) tem alguns [usuários] que até já estão preparados pra estar trabalhando fora, mas não tem essa oportunidade (...).”

O trabalho que deveria ser desenvolvido de articulação com outros recursos e instituições é considerado como um “voluntarismo”, ou seja, está fora das atribuições do trabalhador do CAPS. Parece haver um descrédito de que este trabalho possa ser realizado pelo CAPS por “não dar conta disso” e o que se consegue produzir em termos de autonomia dos usuários não pode ser viabilizado fora por “falta de oportunidades”.

O discurso dos trabalhadores evidencia uma grande dificuldade no reconhecimento das atribuições do CAPS, quando se trata de intervenções no campo social, evidenciando as contradições entre o discurso da integralidade e da atenção psicossocial e as práticas limitadas aos sujeitos no interior da instituição. Aparentemente demonstram que as ações territoriais e intersetoriais seriam de responsabilidade de outras organizações. É um equívoco afirmar que o problema não é do CAPS, mas seria mais coerente pensar que não é um problema *só* do CAPS e que o CAPS tem sua responsabilidade nisto, a de acompanhar seus usuários nas diversas formas de viver a vida.

Em outros trechos do discurso encontram-se, contrariamente à posição anterior, elementos demonstrando que os trabalhadores reconhecem como suas, as funções de articulação com outros recursos e instituições:

“Eu vejo assim: nós temos todo um histórico de um paciente (...) podemos preparar isso de uma maneira clara e objetiva, encaminhar a quem de direito, pra que as coisas fluíssem de uma maneira mais salutar para o paciente.”

“A solução muitas vezes não está no CAPS. Cabe ao CAPS tentar encaminhar da melhor forma possível (...) faz parte dos objetivos do CAPS, você tentar organizar, conduzir, fazer até com que a pessoa [usuário] participe desse processo (...).”

De qualquer forma, o trabalho que prevê a ampliação do olhar sobre as várias dimensões dos sujeitos, criando condições para a abordagem da diversidade, necessariamente, deve ser feito por trabalhadores também diversos. A noção de equipe multidisciplinar contemplaria as muitas vertentes deste trabalho, desde que equipe não signifique divisão de tarefas servindo-se dos papéis profissionais, mas a construção de um processo coletivo em que saberes são compartilhados para transformar a realidade

do processo saúde-doença da população usuária. (Aranha e Silva, Fonseca, 1995)

O trabalho em equipe, que será tratado com mais detalhes posteriormente, foi um dos aspectos apontados no discurso dos trabalhadores como característico do serviço CAPS:

“[O CAPS] surge com a proposta de intervir multiprofissionalmente nas várias frentes de condição de sofrimento do sujeito (...).”

“Quando eu vim pro CAPS e a natureza do CAPS, de atenção mesmo psicossocial, rapidamente eu percebi que aqui o trabalho teria que ser multidisciplinar (...).”

“(...) aqui [no CAPS] eu acho que a idéia é muito mais ampla (...) a medicina é um dos pilares da questão, mas não tem só este pilar, tem outros.”

“(...) foi um trabalho multidisciplinar, porque envolveu várias pessoas, eu acho que é típico de CAPS.”

Estamos diante de um trabalho complexo, difícil, que exige a constituição de uma rede de recursos de diversas ordens, porém, as equipes de saúde mental, especialmente as de serviços CAPS, são responsáveis pela articulação destes recursos, se quiserem ajudar seus usuários. A dificuldade da tarefa de construir o modelo de atenção CAPS encontra-se no discurso dos trabalhadores:

“(...) falar desse modelo CAPS é uma coisa, construir isso eu não acho que é simples (...) o que é um CAPS, o que é um modelo CAPS, do que dá conta, o que não dá, o que a gente tem que fazer pra melhorar.”

Segundo Elia (2004), o CAPS deve dar respostas a cada situação que é colocada pelos usuários. Com “dar a resposta” o autor quer dizer tomar em responsabilidade, assumi-la como tal, mesmo sem saber o que fazer ou dizer, o que é sempre diferente de se omitir. Desse modo, percebe-se que a tomada de responsabilidade, não necessariamente, é saber o que fazer, mas se disponibilizar a descobrir o que fazer.

Em todos os anos de existência do CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira, muitas coisas aconteceram para fazer impulsionar, estagnar ou mesmo retroceder a construção do projeto institucional. O serviço de hoje é resultado de um longo processo histórico, atravessado por diversas contribuições, contradições e conflitos. Existe uma dificuldade em estabelecer que CAPS é este, em relação a suas muitas histórias:

“O CAPS (...) tem muitas personalidades. Tem uma personalidade que é aquela projeção do Ministério, da política de CAPS (...) um [outro] CAPS que vem de um ideal de quem estava aqui antes, que construiu e que tem uma história afetiva, que tinha um modelo e que construiu um projeto. E existe o CAPS que funciona agora um pouco baseado em muitas premissas ao mesmo tempo, mas vejo sem unidade.”

O CAPS atual é visto como uma estrutura fragmentada, sem um projeto compartilhado pela equipe, em permanente conflito. As transformações no projeto institucional provocaram uma desagregação da equipe, que vive permanentemente a fantasia de que o CAPS vai deixar de existir:

“(...) a questão que volta o tempo inteiro é: ‘A gente vai existir, por quanto tempo?’ (...) exatamente por toda transformação que a gente vem passando (...) a gente está com os objetivos muito reduzidos a uma estratégia de sobrevivência (...) uma coisa fragmentada, talvez tenha que questionar até a multidisciplinaridade (...) cada um se ocupa de uma parte do objeto (...) funciona no dissenso, funciona na separação, funciona de certa maneira na divergência, no conflito, ou não funciona, mas que vai se mantendo por isso.”

Diante do discurso dos trabalhadores pode-se entender que o momento atual é de muitas dificuldades, aparentemente resultado das mudanças institucionais sofridas nos últimos anos. Vimos também que há vários problemas a serem enfrentados pela equipe, para que o CAPS torne-se um serviço que atenda mais amplamente às necessidades dos usuários em direção à vida social. Este conjunto de dificuldades parece se traduzir em falta de clareza quanto aos objetivos do CAPS e resultam em concepções individualizadas de serviço no qual “cada um faz o CAPS que tem na cabeça”:

“(...) as pessoas [trabalhadores] por terem cada uma a sua formação e as suas diferenças, às vezes acabam utilizando uma coisa de modelo geral para querer justificar uma coisa pessoal de um desejo e colocar a sua prática individualizada como se fosse o objetivo do CAPS (...).”

O discurso dos trabalhadores expressa a existência de um CAPS compartilhado em termos gerais, no “senso comum”, porém, a efetivação desta concepção no cotidiano das ações, na singularidade dos projetos terapêuticos, nas relações com outros recursos, na construção complexa de uma rede social, está longe de ser conquistada enquanto um projeto comum a todos:

“(...) tem objetivos do CAPS que são senso comum e tem outros objetivos do CAPS que (...) o próprio CAPS ainda não conseguiu entender melhor pela diversidade, pela dificuldade de lidar com seres humanos, pessoas, a rede, o serviço, toda a complexidade aí que existe.”

Nessa conjuntura de dificuldades institucionais, a construção de um projeto como o do CAPS fica ainda mais complexo e exige medidas de suporte para a própria equipe, como a qualificação dos trabalhadores e o próprio gerenciamento do serviço. Veremos a seguir os aspectos da organização do serviço expressos no discurso dos trabalhadores, que funcionam como fatores que facilitam ou dificultam o desenvolvimento do trabalho no CAPS.

6.3 A organização do serviço

Organização de serviço refere-se não apenas às questões operacionais relativas à estruturação do trabalho, mas fundamentalmente às formas de organização do trabalho tendo como pressuposto, no caso dos CAPS, um projeto institucional que contemple as necessidades dos usuários, na perspectiva da atenção psicossocial. Nesse sentido, a coordenação ou o gerenciamento do serviço é uma parte integrante da organização do serviço. Na análise realizada, destacou-se temas encontrados no discurso dos trabalhadores, referentes ao projeto institucional e sua operacionalização, que traduzem a organização do serviço.

Um dos pontos levantados refere-se ao reconhecimento, por parte dos trabalhadores, de que o modo como o serviço se estrutura permite a abordagem das situações em seus aspectos singulares, em relação a uma abordagem tradicional:

“Num ambulatório você tem um compromisso de atender ‘trocentas’ pessoas, no mínimo espaço possível, onde o compromisso é quase zero (...) produção em massa (...) não trabalha aquela situação específica, dá uma resposta clichê, uma atuação padrão (...) o CAPS permite essa abordagem individual, essa abordagem caso a caso (...).”

O trabalho em equipe também foi ressaltado como um aspecto diferencial da organização do CAPS. O contato com outras pessoas, a possibilidade de ser ajudado na tarefa cotidiana e o trabalho conjunto foram características consideradas peculiares ao

serviço CAPS, principalmente em relação ao trabalho em Unidades Básicas de Saúde (UBS):

“Em UBS muitas vezes você trabalha sozinho, o médico trabalha sozinho (...) é um trabalho solitário (...) no CAPS (...) pelo fato de você estar com outras pessoas e pelo fato de você ter esse espaço pra procurar, pra o paciente não só aquele contato médico, envolver outras coisas, família, então eu acho que é mais global (...).”

“(...) [na UBS] o paciente eu vejo a cada 60 dias (...) não tem outro profissional acompanhando (...) demoram mais pra melhorar (...) não aderem direito ao tratamento (...) eu tenho que chumbar [de medicação] e eles não melhoram.”

“(...) [Na UBS] um paciente grave mesmo eu não tenho o que fazer (...) é muito limitado, é muito desgastante, faz várias consultas todos os dias, eu fico lá sozinha, não tenho uma psicóloga pra discutir um caso, não tenho uma equipe multiprofissional (...).”

“Eu tenho bastante instrumentos pra trabalhar [no CAPS], tem a equipe que ajuda, tem aquele projeto, tem uma rede que acaba prendendo mais o paciente, eu acho, na minha opinião, que CAPS é o futuro pra esses pacientes (...).”

Observa-se que em relação à atenção prestada aos usuários, o trabalho em equipe possibilita ampliar as ações, envolvendo-os em várias atividades, enquanto na UBS a atividade de trabalho é solitária e limitada. Um outro aspecto do trabalho na UBS é a impossibilidade de estabelecer contatos mais freqüentes, especialmente o trabalho médico baseado em consultas previamente agendadas, com grandes intervalos. Estes fatores seriam minimizados no trabalho do CAPS, em função de sua organização, permitindo intensificar o tratamento em caso de necessidade, dando oportunidades maiores de estabelecer vínculos e adesão ao tratamento.

Percebe-se que essas diferenças de organização de serviço, encontradas no CAPS, são destacadas em função das possibilidades de relacionamento entre trabalhadores e usuários, no cotidiano das atividades da instituição, não envolvendo outras dimensões do projeto institucional, tal como o trabalho territorial.

Em um outro conjunto de discursos encontram-se referências à organização do trabalho no CAPS, diferentemente dos hospitais onde ocorrem as internações psiquiátricas, valorizando a possibilidade de acompanhamento das situações de vida dos usuários:

“Na enfermaria do [hospital do] Servidor, eu via inúmeros pacientes que se reinternavam o tempo todo (...) não existia vida de indivíduo fora daquilo ou pelo

menos a equipe não tava muito preocupada em saber do que era o depois da internação na enfermaria (...).”

“Eu acho que mais característico [do CAPS] é este acompanhamento (...) do paciente e do familiar, de toda a situação concreta dele. Na enfermaria [do hospital] fica durante um período curto, você dá assistência mais clínica e não tem uma atenção tão direta voltada pra situação dele social (...) você não acompanha posteriormente (...).”

Verifica-se que a organização do CAPS favorece o olhar sobre as questões familiares e sociais, contrariamente às internações em enfermarias, porém, temos que considerar que o modelo médico das internações psiquiátricas está voltado à abordagem dos sintomas e é esperado que não se ocupem de outras questões.

Mesmo em relação à organização do CAPS, observam-se limitações para a realização do projeto institucional, no entanto, mesmo com estas dificuldades, os trabalhadores continuam avaliando que o trabalho do CAPS é melhor:

“Já vi casos (...) você tenta fazer esse modelo inicial de escuta, o cara não aparece mais, o cara fica internado e o CAPS parece que não dá conta (...) da minha experiência um pouco ambulatorial e do hospital geral (...) ele [CAPS] ainda é melhor do que esses instrumentos que eu experimentei (...).”

Algumas outras situações específicas deste CAPS, relacionadas à organização do serviço, foram também identificadas no discurso dos trabalhadores.

Como já comentamos anteriormente, existe um consultório odontológico dentro do CAPS. Quando de sua instalação, foi definido que o atendimento seria realizado exclusivamente para os usuários do serviço. Esta decisão estava baseada no caráter experimental do projeto do consultório e também pela necessidade de qualificação dos dentistas que desenvolveriam o trabalho. Naquele momento, e durante a vigência do programa docente-assistencial (PIDA Saúde Mental), pensava-se no consultório como mais um campo a oferecer formação, depois da consolidação do projeto.

Durante os quase cinco anos de funcionamento desenvolveu-se uma forma de realizar os procedimentos de saúde bucal para a população usuária, diante da prática cotidiana e da disponibilidade dos dentistas que passaram a compor a equipe. Observa-se que a organização do serviço CAPS conseguiu “contaminar” a atenção realizada neste consultório, de modo que o trabalhador reconhece a diferença entre o atendimento lá e em outro local:

“(...) ele [usuário] foi atendido na Santa Casa e ele desmaiou (...) quando ele entrou na sala o que acontece, chega um professor, chega já um dentista com mais experiência e vêm três estudantes (...) tecnicamente o que ia se fazer era simples, o rapaz não teve condição de agüentar aquilo e desmaiou.”

Além disso, considerando a experiência produzida no próprio projeto, o trabalhador avalia a importância de ampliar o atendimento para usuários de outros serviços, com quadros graves que justifiquem uma intervenção especializada, ao mesmo tempo em que começaria uma articulação com serviços comuns de odontologia para os usuários menos graves do CAPS:

“(...) como uma norma a gente atende só os pacientes daqui do CAPS (...) o consultório [odontológico] tem que ser aberto não só para pacientes do CAPS (...) porque não é só a parte técnica (...) tem que estar disposta em fazer aquele trabalho de uma maneira diferente (...).”

“Eu acho que todos [usuários] deveriam passar aqui na saúde bucal (...) fazer uma triagem, serem encaminhados (...) pras unidades básicas e fazer o tratamento lá (...) a gente tem que se articular (...) pensando na inclusão social desses pacientes que já estão preparados e deixar o consultório [odontológico] aqui [no CAPS] realmente pra os casos que não têm condição de ir pra UBS (...).”

Desse modo, o trabalhador de odontologia pôde, diante da prática e da organização do serviço, rever critérios definidos anteriormente e propor uma reformulação para o projeto do consultório odontológico. Esta foi uma situação em que o projeto institucional contribuiu positivamente para o desenvolvimento de um determinado trabalho, porém há outras situações presentes no discurso dos trabalhadores, em que a organização do serviço, incluindo aspectos gerenciais, não contribui da mesma maneira:

“O CAPS comete um equívoco (...) que é não ter um treinamento pra os que estão entrando (...) os objetivos do CAPS, eu senti pela prática (...) a minha leitura institucional é que me deu esses objetivos.”

“(...) na farmácia a gente percebe assim: ‘Quem vai pra farmácia? Ah, esse [funcionário] não se deu bem aqui, não se deu bem ali, ou ele vai embora ou ele vai pra farmácia.’ Acaba na farmácia e acaba atrapalhando (...) pelo que a gente tem [no CAPS] (...) tratar o paciente em todos os seus detalhamentos (...) a gente percebe que a farmácia não participa de nada disso.”

“(...) nas instituições, as reuniões são mecanismos de fuga (...) o próprio inconsciente institucional vai criando situações coletivas, que vai protegendo e distanciando a gente

de entrar em contato com aquela dor [dos usuários], insuportável às vezes (...).”

Esses fragmentos expressam três situações diferenciadas e problemáticas da organização do serviço. Na primeira situação, a falta de espaços de acolhimento aos novos trabalhadores ocasiona “leituras” particulares do projeto institucional, que podem significar percepções equivocadas sobre os objetivos do CAPS e sobre o trabalho que se espera do trabalhador que chega para compor a equipe.

No discurso seguinte, claramente há um problema gerencial, pois, se o funcionário que é designado para a farmácia é aquele que “não deu certo” em nenhum lugar, evidentemente “não dará certo” lá também. Fica então evidenciado o isolamento da farmácia, em um duplo sentido. De um lado, os trabalhadores, que lá estão, têm dificuldades em compartilhar do projeto institucional (e por isso estão lá), por outro, a gerência, como tentativa de resolver o problema do trabalhador, cria um problema para a farmácia que não participa das ações de atenção.

Por fim, o problema do terceiro discurso, que atribui às reuniões um caráter resistencial, protetor daquilo que é fundamental no serviço, o contato com os usuários. Esta característica da organização do serviço pode estar evidenciando uma grande contradição: o serviço que se propõe a estar com seus usuários e não consegue agüentá-los.

O discurso dos trabalhadores demonstrou algumas contradições existentes quanto à organização do serviço, entendida como a forma de articular o trabalho de modo a realizar o projeto institucional. Quanto às relações entre trabalhadores e usuários, os trabalhadores reconhecem que, de modo geral, a organização do serviço facilita o trabalho do acolhimento, a frequência da atenção, as intervenções em equipe e a abordagem singularizada, principalmente, quando comparada a unidades do tipo ambulatório e atenção básica.

Percebe-se também que a organização do serviço CAPS possibilita a continuidade do tratamento e o acompanhamento das situações de vida dos usuários, diferenciando da organização hospitalar que, estando baseada no modelo médico sintomatológico, de modo geral, preocupa-se com a remissão dos sintomas em detrimento de questões da vida familiar e social dos seus usuários.

Ainda no sentido do favorecimento de ações, mediante a organização do serviço, observa-se que no projeto do consultório odontológico, houve um grande aprendizado na própria prática desenvolvida, que permitiu repensar critérios de atendimento e

articulações com outros recursos necessários, no alinhamento com a idéia da inclusão social dos usuários.

Há, porém, alguns pontos da organização do serviço que foram destacados como fragilidades do projeto institucional: a falta de acolhimento e treinamento dos novos trabalhadores, as reuniões como mecanismos de evitação do trabalho com os usuários e a falta de integração de determinados setores do serviço com o projeto institucional.

Assim, a análise dos discursos dos trabalhadores revelou que a representação dos trabalhadores sobre o modelo de atenção do CAPS, como era de se esperar, apresentou-se permeada de tensões e contradições. A concepção de atenção preponderante no discurso encontra-se alinhada à atenção psicossocial, ou seja, há uma preocupação dos trabalhadores em considerar o sujeito e seu contexto amplo de vida, embora também tenham sido expressas as concepções tradicionais de atenção: o modelo médico psiquiátrico e psicanalítico.

Embora haja um certo consenso em relação à atenção que deve ser prestada no CAPS, observou-se que os trabalhadores têm posições contraditórias, quando se referem à concepção de serviço e aos objetivos do CAPS. As contradições ficam mais evidentes quando se trata das atribuições do CAPS enquanto serviço substitutivo, na condução das situações de crise e na relação do serviço com os recursos do território.

Aparentemente, há uma certa concordância dos trabalhadores na concepção do serviço e seus objetivos, no cotidiano institucional, na escuta da diversidade, nos projetos personalizados e na construção de um ambiente terapêutico, tudo isso no interior da instituição. Essa observação é reiterada na forma como os trabalhadores avaliam a organização do serviço, geralmente, favorecendo o contato com os usuários, a possibilidade de frequência ao serviço, a singularidade e o trabalho em equipe. Desse modo, observou-se que a articulação “com o fora” se constituiu na maior contradição.

Tendo considerado o modelo de atenção como um determinado conjunto de elementos técnicos, assistenciais, sociais, éticos e políticos, traduzidos em saberes e práticas que se organizam de acordo com as diretrizes da política de saúde mental, abordaremos a seguir os próprios agentes do trabalho – os trabalhadores da equipe multiprofissional.

7 OS TRABALHADORES DO CAPS

Esta investigação elegeu como sujeitos para a pesquisa os trabalhadores de nível superior do CAPS, entendidos como parte da totalidade dos trabalhadores, que realizam a atenção aos usuários, por meio de seus saberes, instrumentos e práticas. Denominá-los trabalhadores foi uma escolha que merece algumas considerações.

Segundo Nogueira (1987: 13), há duas formas distintas de referir-se aos profissionais que trabalham no setor saúde: como recurso humano e como força de trabalho. Recurso humano é uma expressão advinda da administração e pressupõe um olhar gerencial sobre a capacidade de trabalho dos indivíduos, ou seja, o trabalhador é visto como um elemento que, “combinado aos demais recursos institucionais, entra num processo para dar origem ao produto almejado”. Por outro lado, o trabalhador identificado como força de trabalho encontra-se referido intrinsecamente ao processo de trabalho, em que adquire uma importância fundamental como agente da transformação.

Desse modo, optou-se pela utilização do termo trabalhador como aquele que trabalha, em proximidade com a noção de força de trabalho, agente do processo de trabalho, produtor de práticas e reproduzidor de relações sociais. Cabe salientar, que esta escolha não elimina a noção de profissional, com seus saberes e práticas específicos, mas considera-os incorporados numa concepção de “trabalhadores exercendo profissões”. (Schraiber, Peduzzi, 1993: 301)

Inicialmente, considerou-se importante a identificação desse grupo de trabalhadores quanto à idade, sexo, origem, mas, principalmente em relação aos percursos de formação profissional até sua entrada no serviço público e mais especificamente no CAPS.

7.1 O perfil dos trabalhadores

Vimos anteriormente que a população considerada possível para o estudo consistiu de vinte e oito trabalhadores de nível superior, na medida em que foram excluídos da totalidade dos trabalhadores de nível superior do CAPS, os dois coordenadores, por não exercerem diretamente atividades de atenção junto aos usuários,

e a pesquisadora. Desta totalidade, vinte e um trabalhadores de nível superior efetivamente participaram da pesquisa, número que representou 75% da equipe técnica do CAPS.

A maioria desses trabalhadores é do sexo feminino e a faixa etária predominante está entre quarenta e quarenta e nove anos. A distribuição dos trabalhadores por sexo e faixa etária pode ser visualizada na **Tabela-1**. Quanto ao estado civil, catorze declararam-se casados, seis solteiros e um separado.

Tabela-1: Distribuição dos trabalhadores do CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira, por sexo e faixa etária. São Paulo, 2005.

Sexo	Faixa etária				Total
	Até 29	30-39	40-49	Acima de 50	
Feminino	2	3	8		13
Masculino	1	3	3	1	8
Total	3	6	11	1	21

Dez trabalhadores são naturais do Município de São Paulo, porém é também expressivo o encontro de nove dos entrevistados nascidos em outros municípios do Estado de São Paulo. Observa-se ainda que dois nasceram em outros estados (Paraná e Rio de Janeiro).

Da formação universitária de graduação somente cinco dos entrevistados cursaram universidade pública, sendo quatro universidades no Município de São Paulo e uma no interior do Estado. Os outros dezesseis cursaram universidade privada: seis situadas no Município de São Paulo, oito em outros municípios do Estado de São Paulo e duas em outros Estados (Paraná e Minas Gerais). Dois dos entrevistados possuem outra formação universitária, letras e direito, e, em ambos os casos, posterior à formação na área da saúde.

Coerentemente ao fato de tratar-se de uma equipe composta, em sua maioria, por pessoas mais maduras, com idade superior aos quarenta anos, o tempo de conclusão do curso de graduação também demonstra, preponderantemente, ser uma equipe com um percurso profissional de muitos anos, como pode ser observado no **Tabela-2**.

Tabela-2: Distribuição dos trabalhadores do CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira, por localidade e tempo de conclusão no curso de graduação. São Paulo, 2005.

Localidade do curso de graduação	Tempo de conclusão no curso de graduação (em anos)					Total
	Até 5	6-10	11-15	16-20	Acima de 20	
Município de São Paulo	1	3	2	3	1	10
Outros municípios do Estado de SP	1	2	2	1	3	9
Outros estados		1	1			2
Total	2	6	5	4	4	21

Essa informação nos permite supor que, muito provavelmente, os conhecimentos adquiridos no curso de graduação, pela maioria da equipe, devem pouco interferir nas práticas atuais destes profissionais, em função da distância de tempo decorrido, entre a aquisição destes conhecimentos e a atualidade. Além disso, as transformações, ocorridas na assistência em saúde mental no país, vêm sendo lentamente consideradas e incorporadas nos meios acadêmicos, de modo a interferir na modificação de grades curriculares dos cursos universitários. Portanto, a produção de novos conhecimentos em consonância com as diretrizes da política de saúde mental, certamente, no caso da maioria dos membros desta equipe, viria de outros espaços de formação e/ou de práticas, freqüentados pelos profissionais da equipe multiprofissional.

Os outros espaços de formação, posteriores à conclusão do ensino universitário, foram assim caracterizados no estudo: cursos de especialização reconhecidos oficialmente, cursos de atualização considerando-se os últimos dois anos, atividades ou cursos de formação realizados ao longo do percurso de formação profissional e cursos de pós-graduação (mestrado e doutorado).

Os cursos de especialização formais na área de saúde mental, reconhecidos no âmbito oficial, aparecem como espaço de formação para nove dos entrevistados, sendo a maioria referente à residência médica em psiquiatria para a categoria profissional dos médicos. Com exceção de um único profissional não médico, que concluiu uma especialização em saúde mental, os demais membros da equipe não possuem cursos de especialização formal em seu percurso de formação. Estes primeiros resultados indicam que o profissional médico é maioria na realização de cursos de especialização formal e corroboram com a idéia de que no campo da medicina a especialização é uma prática comum e necessária para o desempenho de determinada especialidade médica.

Um dos médicos possui, como correspondente à especialização, um estágio em psiquiatria em instituição de formação reconhecida, e três deles possuem, além da residência em psiquiatria, um segundo curso de especialização na área de saúde mental (Psicoterapia breve, Transtornos de personalidade e Especialização em Saúde Mental).

O interesse em saber sobre os cursos de atualização, realizados nos últimos dois anos, pelos profissionais da equipe, surge na tentativa de detectar quais os investimentos em formação que a equipe do CAPS vem fazendo recentemente. Os resultados obtidos mostram que somente oito, dos vinte e um profissionais entrevistados, fizeram ou fazem algum curso na área de saúde mental nos últimos dois anos e estas iniciativas parecem não ter nenhuma relação com o tempo de formação, pois entre estes entrevistados há pessoas de cinco a vinte e seis anos de formação universitária.

Dezesseis dos entrevistados indicam como representativo em sua formação profissional, cursos ou atividades não reconhecidos na esfera oficial, porém não menos importantes como espaços de aprendizado. Destacam-se desse conjunto, pela ausência de formação na área de saúde mental, cinco trabalhadores, dos quais três são de categorias profissionais menos tradicionais no campo da saúde mental e dois nunca haviam trabalhado na área específica antes de sua entrada no CAPS, embora sejam profissões presentes nessa área.

A identificação dos cursos e atividades de formação na área de saúde mental, desenvolvidos pelos trabalhadores, em seu percurso de formação profissional, pode ser feita observando o **Quadro-1** (p. 164).

Entre os cursos de formação destacam-se alguns, de longa duração, oferecidos por instituições de ensino cujo reconhecimento é inegável (psicanálise, psicossomática, família, grupos e instituições, terapia cognitivo comportamental), além dos Programas de Aprimoramento Profissional em Saúde Mental, promovidos pela Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP) em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo que, embora não tenham o estatuto de curso de especialização, representam uma forte contribuição para o desenvolvimento e a capacitação profissional.

O reconhecimento oficial de um determinado curso de formação depende, na maioria das vezes, da vinculação desse curso com uma universidade e ao cumprimento de determinados requisitos, como carga horária, programação, corpo docente, entre outros, para a obtenção do certificado de especialista. O fato de a maioria da equipe possuir uma formação não certificada oficialmente, pode estar relacionado ao próprio

desenvolvimento histórico do ensino em saúde mental, que lentamente vem sendo incorporado pela academia.

Quadro-1: Cursos e atividades de formação profissional, na área de saúde mental, realizados pelos trabalhadores do CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira. São Paulo, 2005.

Tipo de curso ou atividades de formação profissional na área de saúde mental	Número de trabalhadores
Residência em psiquiatria	8
Especialização em saúde mental	2
Especialização em psicoterapia breve	1
Especialização em transtornos da personalidade	1
Estágio em psiquiatria	1
Formação em psicanálise	5
Grupos de estudos na área de saúde mental	5
Participação em congressos	4
Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Mental (FUNDAP/ SES-SP)	3
Supervisões clínicas e/ ou institucionais	3
Cursos breves de temas relacionados à saúde mental	3
Formação em terapia familiar	2
Curso de gerenciamento	2
Disciplinas de pós-graduação	2
Programas de pós-graduação (mestrado)	2
Estágios em programas de universidades	1
Formação em psicossomática	1
Formação em terapia cognitivo comportamental	1
Formação em grupos e instituições	1

Um outro tipo de atividade que merece nossa observação, refere-se aos espaços organizados na iniciativa privada, nos consultórios particulares, na maioria das vezes, para o estudo em grupo ou supervisões clínicas de caso, demonstrando certa tradição no aprendizado da psicanálise e outras linhas teóricas dentro da psicologia.

Os programas de pós-graduação nível mestrado e/ou doutorado têm pequena representatividade entre os membros da equipe de profissionais pesquisada: um profissional concluiu recentemente o mestrado em psicologia social e outro se encontra cursando o mestrado em psiquiatria. Embora seja uma pequena parcela da equipe, foi observado que outros três profissionais chegaram a iniciar atividades de pós-graduação, nível mestrado, sem concluí-los. Vale ressaltar que o CAPS Professor Luís da Rocha

Cerqueira, em tempos passados, acolheu muitos projetos de pesquisa acadêmica, situando-se como um campo propício para a produção de saber, seja para os próprios trabalhadores do serviço ou para pesquisadores de outras instituições.

Retoma-se agora o tempo de formação universitária dos profissionais entrevistados, em relação ao tempo de trabalho no serviço público, e mais especificamente no CAPS. Verifica-se que há uma diversidade de situações entre os trabalhadores, quando se trata da relação entre o tempo de conclusão do curso de graduação e a entrada no serviço público, ou seja, encontra-se desde profissionais que ingressaram no setor público logo após a graduação e/ou especialização, até aqueles que, após muitos anos de formados, passaram a trabalhar neste setor. É difícil precisar a motivação dos profissionais para ingressar no serviço público, podendo tratar-se de escolhas pessoais, profissionais ou apenas a oportunidade oferecida pelo mercado de trabalho, na medida em que não houve este questionamento.

O trabalho no serviço público pressupõe certo alinhamento de idéias e práticas dos trabalhadores, com as diretrizes estabelecidas pelas políticas públicas num dado momento histórico. No caso do Estado de São Paulo, as primeiras mudanças observadas, em relação à rede de atenção em saúde mental, têm início no começo da década de 1980, com a proposta de implantação do trabalho multiprofissional, na rede de ambulatorios de saúde mental e o estabelecimento de equipes de saúde mental nos centros de saúde.

No Município de São Paulo, uma grande transformação ocorreu no final da década de 1980, mais precisamente no governo Luíza Erundina, de 1989 a 1992, com a proposta e a criação de uma rede de serviços de atenção à saúde mental: hospitais-dia, equipes de saúde mental em unidades básicas de saúde, emergências psiquiátricas, enfermarias de curta permanência em hospitais gerais e os CECCOs – Centros de Convivência e Cooperativas.

Mais recentemente, pode-se afirmar que as mudanças na rede de atenção vêm ocorrendo mediante o processo de municipalização da saúde, iniciado em 2001, na cidade de São Paulo, e o cadastramento de serviços CAPS, após a publicação da Portaria n.º 336 (MS/ 2002).

Uma parcela pequena, dos trabalhadores entrevistados estava no serviço público no governo Luíza Erundina e mesmo em períodos anteriores de expansão da rede extra-hospitalar. Segundo os dados coletados, a maioria dos entrevistados tem até dez anos de trabalho no serviço público. Estes, portanto, vivenciaram uma fase de desarticulação da

rede de atenção em saúde mental, após o governo Luíza Erundina, com a implantação do Plano de Atendimento à Saúde (PAS), em 1995, no município de São Paulo.

O PAS propunha parceria com cooperativas de saúde, que eram responsáveis pela gestão dos serviços, e representou uma cisão, por parte da prefeitura de São Paulo, das políticas de saúde que vinham sendo implantadas, ao manterem-se fora das diretrizes do SUS. Além disso, foi um programa de alto custo, com má qualidade de atenção, fraudulento, com remuneração privilegiada aos trabalhadores que fizeram parte das cooperativas. Com as eleições para prefeito em 2000, iniciou-se o processo de municipalização na cidade de São Paulo e em seguida, em 2002, o cadastramento dos CAPS, dando início a uma nova etapa da construção da rede municipal de atenção à saúde mental.

É importante salientar que, para cinco dos entrevistados, o ingresso no serviço público deu-se mediante a entrada no serviço CAPS. A variação do tempo de trabalho no serviço público e, especificamente no CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira, pode ser observado na **Tabela-3**.

Tabela-3: Distribuição dos trabalhadores do CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira, por tempo de trabalho no serviço público e especificamente no CAPS. São Paulo, 2005.

Local	Tempo de trabalho					Total
	Até 5	6-10	11-15	16-20	Acima de 20	
No serviço público	11	5	2	1	2	21
No CAPS	18	3				21

Embora o CAPS possua dezenove anos de existência, o maior tempo de trabalho encontrado entre os trabalhadores entrevistados, foi de sete anos. A maioria preponderante, tem de seis meses a cinco anos de serviço e, entre esses, nove trabalhadores estão no CAPS há no máximo um ano. Esses dados demonstram que a equipe é nova, considerando a complexidade e as muitas necessidades para o desenvolvimento de um projeto institucional com a dimensão de um CAPS, embora vários dos entrevistados já estivessem atuando em outros serviços da rede de atenção em saúde mental.

Esta situação reflete pouco tempo de vivência no cotidiano do serviço, na lida com a população usuária e com os outros membros da equipe, além do momento

histórico da instituição marcado pelas transformações ocorridas em consequência da destituição da antiga diretoria, do encerramento do PIDA, a manutenção do CAPS na esfera estadual e uma visível falta de investimento por parte da Secretaria da Saúde que certamente produziram efeitos indesejáveis ao projeto institucional.

Os profissionais que já trabalhavam no serviço público, antes de ingressar no CAPS, estavam vinculados aos seguintes serviços: em serviços de atenção à saúde mental estavam 11 dos entrevistados (um em outro CAPS, três em unidades básicas de saúde, dois em ambulatórios de saúde mental e cinco em unidades hospitalares) e em unidades de saúde geral eram cinco entrevistados, sendo que dois deles exerciam funções não ligadas diretamente à atenção em saúde (função administrativa no caso de um e desenvolvimento de recursos humanos no caso do outro).

Como citado anteriormente, cinco dos entrevistados iniciaram o trabalho no serviço público a partir de sua entrada no CAPS. Três destes estavam vinculados à prestação de serviços de saúde no âmbito privado (somente um estava na área de saúde mental), e dois exerciam atividades fora da área de saúde.

Quanto à renda salarial dos trabalhadores, observou-se que esta varia de quatro a vinte salários mínimos, segundo a **Tabela-4**. A maioria dos entrevistados recebe mensalmente de dez a quinze salários mínimos e, na maior faixa salarial, encontra-se quase a totalidade dos médicos e apenas um profissional não médico. Ressalta-se que somente um dos entrevistados trabalha exclusivamente no CAPS.

Tabela-4: Distribuição dos trabalhadores do CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira, segundo a renda salarial. São Paulo, 2005.

Renda salarial (em salários mínimos)	Número de trabalhadores
Até 5	2
6 a 10	7
11 a 15	8
16 a 20	4
Total	21

As informações obtidas por meio das entrevistas permitiram a identificação de um perfil dos trabalhadores da equipe multiprofissional do CAPS. Em sua maioria, são profissionais com idade acima de 40 anos e que concluíram o curso de graduação também há muitos anos. Em seus percursos de formação profissional, observou-se que, preponderantemente, é recente a inserção no serviço público e mais recente ainda, a

inserção no CAPS. Quanto à formação formal destacaram-se os cursos de especialização em psiquiatria e cursos de formação em psicanálise.

O perfil dos trabalhadores do CAPS pode também incluir um conjunto de características dos sujeitos-trabalhadores que facilitam, promovem e possibilitam a realização das práticas inovadoras pretendidas para o campo da saúde mental, de acordo com os pressupostos do Movimento da Reforma Psiquiátrica e da política de saúde mental no Brasil.

Este aspecto pode ser desvelado no discurso dos trabalhadores, demonstrando que determinadas características dos trabalhadores são necessárias de modo a produzir coerência entre as propostas do projeto institucional e a capacidade destes para sua viabilização. É interessante observar que uma primeira discriminação é feita entre perfil e formação profissional, como demonstra o trecho do discurso dos trabalhadores:

“(...) alguns profissionais eu sei que têm perfil pro CAPS, outros podem ter perfil, mas não têm formação e outros têm formação e não têm perfil (...) tinha que estar bem claro pra o CAPS, função, objetivo, que profissional a gente espera (...).”

Nesse fragmento, fica evidente que perfil e formação profissional são coisas diferentes e que, segundo o trabalhador, o ideal seria que o trabalhador tivesse os dois: perfil e formação. Talvez, o mais coerente fosse pensarmos que um dos aspectos do perfil necessário para o trabalhador do CAPS seria a formação profissional, porém também teríamos que avaliar o tipo de formação. Em relação à formação profissional, o discurso dos trabalhadores expressa a necessidade de ampliação dos campos de formação e critica o reducionismo de campos mais tradicionais:

“(...) o profissional de saúde, principalmente num CAPS, quer atingir o psicossocial, ele tem que ter uma formação vasta em tudo (...) tem gente, psiquiatra aqui [no CAPS] que é manicomial (...) tem psicólogo aqui que é completamente subjetivista ao extremo (...).”

Desse modo, o perfil de formação profissional deve ser ampliado e abrangente, proporcionando a superação de visões restritas como a psiquiatria e a psicologia. Uma das questões resultantes da formação tradicional refere-se à necessidade de criar possibilidades de aprimorar os processos seletivos para os futuros trabalhadores do CAPS, de modo a contemplar perfis mais adequados ao trabalho:

“(...) por mais que você tenha que seguir legislação [concurso público] era legal fazer um diálogo, você por o profissional que encaixa com o perfil da instituição (...) talvez alguém que veio pra cá não queria (...) se põe um [trabalhador] conservador aqui prejudica o trabalho do CAPS (...) tem pessoas que não vão mudar a postura, travam todo o nosso trabalho (...) tinha que ter um critério pra vir trabalhar aqui (...).”

Os concursos públicos, de modo geral, baseiam-se exclusivamente em avaliações teóricas e não possibilitam a escolha dos trabalhadores, com base em outros critérios, portanto, não se consegue admitir pessoas com perfil mais coerente com as propostas de transformação institucional. Esta questão não é exclusiva da saúde mental, mas pertence ao campo das políticas de recursos humanos do SUS, na medida em que a perspectiva da saúde integral é contra-hegemônica ao modelo, também hegemônico, de ensino em saúde no Brasil.

Uma outra característica que deveria compor o perfil dos trabalhadores do CAPS, segundo a análise do discurso, foi a possibilidade de manejo de situações junto aos usuários, porém, essa observação surge referida ao pessoal de nível médio e, aparentemente, não está relacionada com a formação profissional:

“(...) existe uma postura em pessoas assim, que teoricamente não têm formação nenhuma (...) esses auxiliares [de enfermagem] que têm uma conduta extremamente adequada, que sabem manejar situações de crise (...) que têm esse cuidado, que têm esse tempo, que não chega ditando normas, que quer entender, dar espaço pro usuário falar, se manifestar.”

Concordamos, em termos, com esta observação, pois, embora os auxiliares de enfermagem não tenham feito formalmente nenhum tipo de curso em saúde mental, durante todo o tempo de existência do CAPS, foram constituídos diversos espaços de formação, por meio de reuniões, supervisões, trabalho conjunto, ou seja, houve aprendizado na prática do serviço. Portanto, pode-se afirmar que o perfil dos auxiliares de enfermagem é resultado do próprio desenvolvimento do trabalho conjunto com outros trabalhadores do serviço. Outros trechos do discurso corroboram com a percepção de que o perfil dos trabalhadores é algo que pode e deve ser construído:

“(...) o profissional que se destinou a trabalhar na área da saúde [mental], ele teve que crescer muito pra fazer esse trabalho, que não é um trabalho fácil (...) todos os dias você encontra uma demanda diferente (...).”

“(...) quando a gente trabalha num lugar assim [o CAPS], ele propõe que a gente esteja sempre [se] questionando.”

“(...) [o CAPS] ainda é uma experiência nova, que lança pro profissional responsável um desafio (...) aqui você recebe um choque, se você estiver aberto (...) o dia-a-dia força a quebra de todos os estereótipos assimilados na faculdade ou nos outros serviços que são muito mais modelares assim, dentro da tradição.”

Essa construção do saber acontecerá, se o trabalhador estiver aberto para realizar o aprendizado cotidiano, como afirma o último trecho acima. Uma das questões fundamentais para a transformação dos saberes e práticas é a disponibilidade para desconstruí-los e reconstruí-los. Trata-se de uma transformação de modelo hegemônico, calcado na noção de doença mental, cujo significado social é extremamente forte, em que qualquer projeto de mudança deve contemplar “tanto a mudança das pessoas, dos seus valores, da sua cultura ou ideologia, quanto providenciar alterações no funcionamento das instituições sociais” (Campos, 1994: 30)

O discurso dos trabalhadores aponta para a diversidade de pessoas e, portanto, para as diferentes disponibilidades para o trabalho e a mudança:

“[Entre os profissionais do CAPS] tem de tudo (...) tem gente preguiçosa, tem gente indisponível, acho que tem gente mais disponível (...) o perfil de profissional de saúde mental, ele tem que ser muito bem estudado (...) tem que ter muita paixão pelo que você faz (...).”

No trecho anterior observa-se que diante das diferenças, a paixão pelo trabalho seria uma maneira de viabilizar o envolvimento dos trabalhadores no projeto de mudança. Para Freud, a paixão é uma situação idealizada, na qual o outro não tem “defeitos”, é aquilo que gostaríamos que fosse e quando descobrimos que o outro não é tudo o que projetamos, perdemos uma parte de nós mesmos. Assim, esta não parece ser a melhor saída, pois, no caso do trabalho no CAPS, logo perceberíamos os “defeitos” e só restaria a desilusão.

A saída deve ser encontrada na própria realidade, na superação das contradições do cotidiano, das práticas com os usuários, entre os trabalhadores, no território e nas pequenas possibilidades criadas constantemente. Talvez por isso, o discurso dos trabalhadores faça referência à necessidade de sermos pacientes e perseverantes:

“(...) trabalhar em CAPS exige uma dose cavalgar de paciência e de acreditar (...) eu vou estar sempre levantando e sempre acreditando.”

Pode-se verificar que, no discurso dos trabalhadores, encontra-se a preocupação com um perfil necessário para as pessoas que trabalham em CAPS, no entanto, a descrição desse perfil adequado refere-se aos trabalhadores de nível médio, aos auxiliares de enfermagem. A formação profissional foi apontada como um dos indicativos que compõe o perfil dos trabalhadores, porém, como um impeditivo para o desenvolvimento do trabalho no CAPS, no caso dos trabalhadores que não conseguem transformar e ampliar seus saberes. No mais, o perfil estaria relacionado às possibilidades de crescimento, questionamento e abertura para as mudanças, por parte dos trabalhadores.

7.2 O trabalho em equipe

A composição de equipes de trabalho é resultado do processo histórico que determinou a divisão do trabalho entre os homens. A primeira divisão do trabalho distinguia os vários ramos de atividades dentro de uma sociedade, e a segunda, surgida com base no modo de produção capitalista, deu origem à divisão técnica do trabalho, em que o trabalhador parcial passa a não produzir nenhum produto por completo, mas, este é produzido pela composição de vários trabalhos especializados. Portanto, a divisão técnica do trabalho consiste na separação dos instrumentos e das dimensões intelectual e manual do trabalho, que são assumidos por diferentes trabalhadores, tornam-se trabalhos especializados, cujo objetivo é produzir mais em menos tempo, máximas do capitalismo. (Mendes-Gonçalves, 1992)

A divisão do trabalho, no setor Saúde, também ocorreu de forma processual, pois os diversos trabalhos se individualizaram, ante a necessidades históricas, do desenvolvimento científico-tecnológico e da própria dinâmica social das práticas de saúde, provocando parcelamentos do trabalho em cada área de atuação, com desigual valoração social desses trabalhos.

Originalmente, a medicina e o profissional médico, detinham um saber que determinava uma prática liberal e autônoma, com total controle do processo de trabalho em saúde. Os avanços tecnológicos promoveram movimentos de especialização, necessidades de maior qualificação do trabalho em saúde e conseqüentemente a divisão

deste entre os profissionais médicos e entre os demais profissionais não médicos que foram sendo agregados ao processo de trabalho em saúde. (Peduzzi, 2003)

A prática médica tradicional pode ser entendida como reveladora das formas de relações sociais, pois, ao construir um domínio sobre a doença, fundamentado cientificamente e legitimado socialmente, o médico reproduz em seu trabalho a ideologia dominante de caráter normalizador. Em outras palavras, o saber médico exerce um poder sobre os indivíduos, que reproduz os valores hegemônicos de uma sociedade sobre a saúde e a doença.

Na área de saúde, o processo de divisão do trabalho preservou o lugar central do médico, que manteve o controle de seu trabalho intelectual, e as funções “mais manuais” complementares e indispensáveis ao trabalho médico foram atribuídas a outros trabalhadores, produzindo, assim, hierarquizações sociais.

Mendes-Gonçalves (1992) se refere a dois tipos de divisão do trabalho médico, a primeira, a qual denomina de vertical, em que ocorre o desdobramento entre trabalhos “mais intelectuais” e “mais manuais”, e a segunda, uma divisão horizontal, que significou tanto a divisão de saberes propriamente intelectuais médicos (especialidades médicas), como a agregação de outros profissionais seja em funções complementares, como é o caso da área de enfermagem, ou atendendo a necessidade de ampliação do campo de jurisdição da medicina, no caso dos psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais.

Dessa forma, a divisão do trabalho em saúde operou uma fragmentação em sua dimensão intelectual (os saberes técnicos), individualizando os trabalhos especializados e desenvolvendo, em cada área, processos de trabalhos específicos. Algumas áreas mantiveram-se alinhadas com o objeto tradicional da medicina, produzindo recortes de intervenções sobre o corpo, enquanto outras se aproximaram das ciências humanas e sociais (psicologia, serviço social), tendendo a entrar em conflito com a orientação individual e biológica da concepção da doença, porém mantiveram a orientação de seu trabalho segundo a normatividade médica, mantendo a abordagem individualizante. (Mendes-Gonçalves, 1992)

Portanto, embora algumas áreas de atuação, no campo da saúde, tenham a possibilidade de ampliação da compreensão do processo saúde e doença, os demais trabalhadores reproduzem, como os médicos, não somente as relações técnicas, mas, fundamentalmente as relações sociais, ou seja, relações de classe. Isto significa manter o

saber técnico sob o domínio do trabalhador, fato que garantiria o controle de suas ações, numa relação assimétrica entre trabalhador e doente. (Nunes, 1988)

No discurso dos trabalhadores do CAPS, foi possível localizar trechos, nos quais se explicitam essas noções de trabalho técnico especializado, funcionando como áreas bem delimitadas de atuação:

“Eu acho uma coisa até interessante, não sei, é questão até de conversar com os médicos (...) quem tem que ver isso com maior certeza seria os médicos.”

“(...) eu sinto nos outros profissionais, eles ficam muito no campo extremamente orgânico, no caso de algum psiquiatra, que abandona todo o lado subjetivo e social (...).”

“(...) os psiquiatras ficam muito detidos com o número de usuários (...) muita gente pra eles cuidarem (...) os psicólogos atendem os intensivos e alguns em crise tal, tem oficinas (...).”

“(...) eu vejo muita gente andar por aí [pelo CAPS], falar com muitas pessoas (...) não é isso que o psicólogo tem que fazer aqui (...) eu acredito que no atendimento [psicoterapia] é quando o profissional pode mais se sentir atuando (...) pro psicólogo eu acho que é o que tem de mais importante aqui dentro do CAPS (...).”

“(...) o CAPS sendo daqui pra fora tinha que ter uma assistente social absurda, dinâmica, que fizesse ponte (...) aqui assistente social tem um papel, lidar com família, lidar com sociedade, emprego (...) a gente tem que saber isso também? Eu não me importo, mas não é o meu papel, não tem um profissional só pra isso?”

Percebe-se, nesses trechos, que há uma discriminação de funções dependendo da área de atuação do profissional, indicando papéis rígidos aos trabalhadores de diferentes categorias profissionais. No processo da divisão do trabalho, deparamo-nos com vários trabalhos especializados, constituídos por saberes e práticas próprios, exercidos num campo de autonomia técnica de cada área profissional, ocasionando mecanismos de fragmentação do processo terapêutico e restrição de responsabilidades ligadas a apenas sua própria especialidade.

Por outro lado, contraditoriamente a esta posição das especificidades profissionais, existem outras frases, que apontam para a possibilidade de flexibilidade de funções, que podem estar indicando uma tentativa de superação do modelo tradicional:

“(...) tem que botar um esforço diferenciado senão vira o prescritor de remédio (...) vamos fugir um pouco da contenção química (...) o médico tem uma posição que sempre

é depositária do coletivo (...) é essa figura central, mas se ele realmente caminhar pra um lado mais humano, mais participativo, com certeza ele vai ajudar muito (...) é uma mudança de postura, a gente não foi treinado pra isso (...).”

“O psicólogo não tem que ser só psicólogo, pode bancar meio que assistente social, o assistente social pode ser psicólogo (...) a gente pode ser tudo de acordo com a leitura que a gente tá fazendo, e lógico, não tomando espaços que não são nossos.”

“Fica muito a parte administrativa [o trabalho do farmacêutico] (...) eu acho que a gente poderia ter desenvolvido uma parte técnica.”

“Eu acho que a gente faz também um pouco do campo da assistência social (...) essa coisa de você ligar, procurar a família, fazer contato com o outro serviço (...).”

Nessa outra proposição, quando é intensa a flexibilidade dos trabalhadores, corre-se o risco de transformar todas as ações em coletivas e com isso, uma não responsabilização pelo projeto terapêutico do tipo “o usuário é de todos e não é de ninguém”.

Segundo Campos (2002: 248), o desafio para potencializar as ações em saúde seria a combinação de graus de polivalência com certo nível necessário e inevitável de especialização dos trabalhadores. Este autor sugere a aplicação dos conceitos de “Campo e Núcleo de Competência e de Responsabilidade”.

No Campo, estariam os saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades, consideradas por Campos (2002) como saberes básicos (processo saúde-doença, relação profissional-paciente, regras gerais de promoção e prevenção, além de noções sobre política, organização de modelos e processo de trabalho em saúde). Esses saberes marcariam a diferença com o Núcleo, no qual estariam os elementos da singularidade profissional, conhecimentos e ações da competência exclusiva de cada profissão ou especialidade.

Essa pode ser uma forma de minimizar os problemas das autonomias e responsabilidades entre os trabalhadores de um serviço, porém, no discurso dos trabalhadores do CAPS, evidencia-se a dificuldade de estabelecer o que seriam as atribuições do Campo e do Núcleo de Competência e de Responsabilidade:

“(...) o assistente social (...) faz a triagem (...) não sei se ela tem formação (...) vejo várias triagens rolarem a toque de caixa e na mão de pessoas que não são terapeutas, psiquiatras (...). Será que era legal uma triagem ficar individualmente na mão de um assistente social, de um enfermeiro? (...) eu não posso aplicar injeção (...) não deveria, assim como ela fazer uma triagem sozinha (...).”

No trecho anterior, observa-se que a atividade de triagem, segundo o discurso do trabalhador, deveria ser realizada por alguém que tem “formação”, ou seja, terapeutas e psiquiatras. Considera que outras categorias profissionais não teriam competência para realizar esta atividade, do mesmo modo que o trabalhador não enfermeiro não tem competência para aplicar injeção. Este é um exemplo bastante interessante para discutir as competências e responsabilidades no CAPS.

De acordo com Campos (2002), a triagem, entendida como uma atividade básica, que pressupõe conhecimentos gerais sobre processo saúde-doença, é da competência e da responsabilidade de todos os trabalhadores, enquanto aplicar injeção é um saber específico da competência e responsabilidade exclusiva de uma área profissional. Neste pequeno exemplo, verifica-se como pode ser complexa a discussão de responsabilidades e competências entre os trabalhadores do CAPS.

Evidenciando uma contradição ao trecho descrito anteriormente, encontra-se em outro momento do discurso dos trabalhadores uma outra frase que indica possibilidades e limites quanto à autonomia profissional:

“Eu acho que tem que ser em conjunto (...) talvez alguns casos eu possa avaliar sozinha (...) e em alguns casos eu acho que vai ter que ser conversado, tem que procurar a referência, o médico, a equipe que cuida (...).”

Retomando o processo de divisão do trabalho e a conseqüente fragmentação das ações em saúde, ficamos diante da contradição entre autonomia e interdependência, pois, de um lado, os trabalhadores conduzem seus processos de trabalhos parcelares com autonomia, e de outro, para se chegar a um “produto final” único, precisam integrar suas ações. Nesse contexto, o trabalho em equipe tem sido utilizado, contendo em seu interior, essa contradição.

No campo da saúde mental, o trabalho em equipe é considerado fundamental para promover a transformação das práticas substitutivas ao modelo hospitalocêntrico, como possibilidade de construir uma visão ampliada sobre as múltiplas questões que a atenção aos usuários coloca aos trabalhadores e, partindo desta nova visão, produzir práticas inovadoras. Esta expectativa só pode ser contemplada se considerarmos uma equipe que consegue conversar, articular ações conjuntamente, integrar seus elementos e, fundamentalmente, construir novos saberes e práticas. Uma noção genérica da importância do trabalho em equipe pode ser vista nas frases que seguem, porém elas não evidenciam como trabalhar dessa forma:

“Aliás, falar de saúde mental sem equipe multidisciplinar não funciona, muito pouco, não funciona mesmo.”

“(...) eu acho que a gente tem [que] cada vez mais trabalhar em conjunto, entender que a gente tem que trabalhar em conjunto.”

“(...) eu comecei [o grupo] com o P [outro trabalhador] a gente fazia uma dupla forte (...).”

Com base na proposição de Peduzzi (2001), existem dois tipos de equipe multiprofissional de saúde, as chamadas equipes agrupamento, que são caracterizadas pelo agrupamento dos trabalhadores e pela justaposição das ações, e as equipes integração, nas quais ocorrem a interação dos trabalhadores e a articulação das ações. A autora ressalta que, independente das características assumidas pelas equipes, estão presentes as diferenças técnicas dos trabalhos especializados, a desigualdade de valor social atribuído aos trabalhos e as tensões provenientes das concepções de autonomia técnica e independência ou complementaridade das ações.

Identificou-se um conjunto de frases, no discurso dos trabalhadores, no qual, aparentemente, a noção de equipe é verbalizada como o agrupamento de diferentes profissionais e a divisão de funções entre estes:

“(...) você atende, não só você sozinho, atende com outro profissional, atende com a equipe, cada um tendo a sua visão, acaba tendo o que fazer, acaba tendo uma possibilidade de trabalhar (...).”

“Envolveu eu [médico], o psicólogo, assistente social, então, foi um trabalho multidisciplinar (...) mexeu com a questão psicopatológica (...) mexeu com a questão social (...).”

“Com esse paciente eu tenho a assistente social de referência e a terapeuta ocupacional que o vê também, mas essa carga maior [familiar] tem ficado comigo (...) quem acabou contatando com a mãe fui eu.”

“Saber dividir na equipe o trabalho (...) cada um ter o seu papel e realizar o seu papel (...) saber que você não vai fazer tudo sozinho (...).”

“É uma situação desconfortável (...) às vezes alguém quer que você faça mais do que é o seu papel aqui dentro [do CAPS], você tem que ficar colocando limites.”

Um outro aspecto, característico da equipe agrupamento, é a falta de comunicação no trabalho, que também se observa nas frases seguintes:

“Eu sinto que aqui [no CAPS] tem uma linha de trabalho que causa uma preocupação (...) um grupo atende um paciente e ele tem aquela conduta de trabalho, ao mesmo tempo você cruza com aquele usuário na casa, no dia-a-dia, em diversas situações, então [como] você não transgredir aquilo que tem sido feito.”

“(...) eu tenho um certo conhecimento até pela minha profissão (...) mas eu poderia melhorar (...) tendo conversas com os médicos (...) eu não tenho essa experiência com os médicos (...).”

“(...) eu acho que deveria ter uma integração maior, porque eu lembro que quando eu entrei aqui havia uma integração maior entre os próprios profissionais, só que hoje em dia, assim male e mal eles falam um oi e olha só (...).”

As equipes que se integram conseguem elaborar conjuntamente objetivos, propostas, um projeto assistencial comum, baseado na construção de relações entre as intervenções técnicas e a comunicação dos trabalhadores. Trata-se da produção de certo consenso que pode superar o modelo médico hegemônico, dependendo da possibilidade de construir um plano de ação para uma situação concreta de trabalho coletivo em equipe, que atenda às necessidades dos usuários. Caso o consenso se dê sobre a concepção do modelo médico, os trabalhadores deixam de partilhar outros valores que abarquem a complexidade das necessidades de saúde. (Peduzzi, 2001)

Observou-se no discurso conteúdos alinhados a essa concepção de equipe integrada em torno de projetos e discussões coletivas, como representado a seguir:

“(...) eles ficam muito no campo extremamente orgânico, no caso de algum psiquiatra (...) como é multidisciplinar essa diferença termina não se acentuando porque como tudo é decidido aqui [no CAPS] em equipe (...).”

“A questão da medicação, de obriga ou não obriga a tomar, esse também foi um tema discutido [pela equipe], porque sim, porque não, etc. e tal.”

“Em primeiro lugar eu sempre levo pra discutir na miniequipe, a gente discute, vê o que foi medicamentoso, questões sociais, questões pessoais da paciente e onde que eu posso incluir a paciente na casa.”

“(...) me chama a atenção em relação à equipe (...) em uma das internações que ele [usuário] teve (...) [discutimos] do quanto era responsabilidade nossa, dela, do serviço e do próprio usuário, acho que teve essa questão (...).”

Desse modo, as frases temáticas evidenciam que convivem dois modelos de funcionamento de equipes de trabalho no CAPS: equipes fragmentadas que funcionam por justaposição de ações e equipes que se integram e articulam suas ações. Esta

situação mostra a heterogeneidade dos próprios trabalhadores e as diferentes configurações de equipes possíveis na organização de um mesmo serviço.

Uma dimensão evidenciada em trechos do discurso dos trabalhadores, que corrobora com a idéia da existência de equipes que se integram, é expressa pela possibilidade dos trabalhadores se ajudarem, trocarem e aprenderem uns com os outros:

“(...) você aprende muita coisa no manejo, na condução, no pensamento clínico com os colegas que estão em volta (...) estratégias menos conscientes (...) essas que você vai criando na relação com os colegas, nos hábitos, no jeito de fazer.”

“(...) o contato com profissionais de outras áreas que não a medicina traz um acréscimo muito importante, a forma como vê, as percepções, como muitas coisas podem convergir, isso eu acho muito bacana (...).”

“Acho que teve alguns conhecimentos da equipe que a troca acrescentou (...) a questão talvez social, a questão de como lidar com a questão lá da moradia dele, de fazer carta pro condomínio (...).”

“(...) o contato com os outros profissionais, que eu ia perguntando, como fazer, como lidar, como agir, então isso me ajudou bastante.”

“(...) a questão da interdisciplinaridade (...) tem gente que não consegue utilizar esses outros conhecimentos [dos outros profissionais] (...) pra trabalhar em CAPS (...) você tem que ter algo além, se você só tiver essa coisa de fazer diagnóstico e de medicar e ficar só em cima disso, limita e você não sai (...).”

Como vimos, o trabalho em equipe é a forma encontrada para enfrentar a divisão do trabalho inerente aos avanços tecnológicos do modo de produção capitalista. Os processos de especialização transformaram a atenção em saúde, num conjunto de ações fragmentadas que precisam ser articuladas para promover um resultado satisfatório. Desse modo, a equipe de saúde mental precisa, mediante o modelo proposto pela Reforma Psiquiátrica, construir processos criativos e coletivos, para superar as diferenças técnicas e sociais que estão, permanentemente, em conflito no seu interior.

7.3 O nível de satisfação dos trabalhadores

No discurso dos trabalhadores pôde-se depreender conteúdos que se referiam ao nível de satisfação destes com o trabalho no CAPS. Na atualidade, há uma forte

condução da política de saúde mental no sentido de viabilizar as transformações necessárias nas práticas em saúde mental, para atingir a substituição do modelo hospitalocêntrico, baseando-se na construção de uma rede de cuidados na comunidade. Assim, os agentes da atenção, os trabalhadores de saúde mental, são os principais responsáveis pela mudança. Diante do trabalho a ser realizado, os trabalhadores do CAPS expressam sentimentos contraditórios de satisfação ou insatisfação pelo trabalho que desenvolvem.

Em um primeiro grupo de frases, extraídas do discurso dos trabalhadores, observa-se que há um reconhecimento do CAPS como um serviço, cuja proposta institucional possibilita a realização das expectativas de trabalho dos sujeitos-trabalhadores:

“(...) o CAPS possibilita porque como ele já tem uma visão dinâmica mesmo, aqui eu me senti mais à vontade e eu acho que produz mais resultado, por mais que seja difícil quantificar isso (...).”

“Quando eu venho [para o CAPS] e vejo uma auxiliar de enfermagem, que no [outro] CAPS aonde eu trabalho, jamais teria uma postura dessa (...) me deu assim, muita tranquilidade de estar chegando num lugar onde eu queria.”

“Eu faço o CAPS porque eu acredito nisso, senão eu tava num ambulatório atendendo trinta [usuários] em três horas.”

“(...) no CAPS eu tô, por exemplo, em várias situações (...) dá pra fazer tudo isso nos pedaços em que eu estou (...) estou inteira, estou respondendo como analista (...) como pessoa (...) eu me sinto mais tranquila.”

“(...) [o CAPS] tem um programa superlegal, eu não tenho uma visão ruim daqui (...) eu tô aprendendo muito (...) eu acho que [o CAPS] é um serviço de excelência, quando eu vim pra cá eu fiquei encantada, porque aqui o pessoal faz mesmo, não é só uma teoria é uma prática.”

“(...) quem trabalha em CAPS também está num lugar privilegiado [na rede] (...) eu trabalho aqui há pouco tempo, mas eu me sinto muito mais satisfeita trabalhando aqui do que trabalhando em UBS (...) talvez com o tempo eu vá me deparando com algumas dificuldades, mas por enquanto eu tô feliz.”

Em outros trechos do discurso, pôde-se extrair frases que se contrapõe a esta idéia, e consideram o trabalho do CAPS, por sua natureza, como um projeto de difícil realização:

“(...) ajudar as pessoas [usuários] a atingir essas coisas que são básicas: casa, comida,

família, amor, um pouco de dinheiro no bolso, saúde, é extremamente difícil (...). ”

“E depois lá no trabalho, na lanchonete, no começo foi muito difícil pra mim porque houve uma certa resistência deles [usuários] (...). ”

“Acho que [no CAPS] às vezes a gente tem que atender muita gente, que a gente não se aprofunda (...) a gente fica num superficial. ”

“(...) talvez a gente critique muito o CAPS (...) porque como a gente está em contato com o desafio, a gente sempre acha que poderia fazer a mais (...) é mesmo angustiante (...). ”

Outras expectativas dos trabalhadores parecem estar relacionadas à possibilidade de desenvolver ações no interior do projeto institucional do CAPS, que contemplem algumas necessidades e desejos do próprio trabalhador:

“(...) eu gosto de trabalhar com grupos (...) quando o P [trabalhador] entrou [no CAPS] a gente começou a conversar, eu falei do meu desejo, ele também falou de um desejo dele de formar grupo, na época a gente estava na mesma miniequipe (...). ”

“(...) eu gosto muito dessa área [Previdência Social] porque pra mim é assim, tem que ter um começo, um meio e um fim (...) essa questão da resposta (...) nessa situação [de atenção] virá, ou do juizado especial ou da própria previdência (...) mesmo que seja uma resposta negativa (...) você tem uma resposta, não fica algo no meio do caminho, que pra mim, profissionalmente, isso é terrível. ”

Especificamente nas frases citadas, essa possibilidade pode ser contemplada dentro da proposta institucional. Cabe salientar que, dependendo dos desejos dos trabalhadores, pode não haver coerência entre o que pretende o trabalhador e os objetivos do CAPS, gerando situações de conflitos institucionais.

Vimos que o trabalho humano é um processo no qual ocorre, simultaneamente, a transformação da natureza e do próprio homem, pois, ao realizar o processo de trabalho, o trabalhador realiza suas próprias necessidades e adquire saber, por meio da incorporação dos instrumentos de trabalho. Isto quer dizer que o trabalho pode produzir acréscimos aos sujeitos, como pode ser observado nos fragmentos do discurso dos trabalhadores do CAPS:

“Quando eu cheguei aqui [no CAPS] (...) eu disse: ‘Eu não vou ficar aqui só por conta do meu salário (...) se eu não sentir que eu quero ficar, que eu tô feliz, que eu faço qualquer diferença por mínima que seja’ (...) pra mim hoje eu sinto que já tá dando pra ficar. ”

“(...) acabei entendendo outras coisas na minha vida estando aqui [no CAPS], esse contato com todos eles [usuários] (...) acabou me ajudando muito (...) talvez uma paciência que eu nem sabia que eu tinha, que acabei descobrindo aqui [no CAPS] (...).”

Em sentido contrário, identificou-se em outros trechos do discurso dos trabalhadores representações de sobrecarga acerca do trabalho no CAPS, implicando negativamente na vida pessoal e profissional dos trabalhadores e, dialeticamente, sofrendo influências destas:

“Trabalhar aqui [no CAPS] me desorganizou muito, porque eu tive que dar conta de muita coisa ao mesmo tempo (...) eu peguei como uma responsabilidade muito grande o consultório [odontológico] que a gente estava inaugurando um trabalho novo (...).”

“(...) eu tô numa fase da minha vida que a clínica não tem me atraído muito (...) eu fico pensando, tanta coisa pra fazer, a minha disponibilidade interna tá muito pouca (...) é o trabalho que a gente precisa [no CAPS], do agenciamento, do corpo a corpo, de estar todo dia do lado (...) dependendo do momento da tua vida é muito difícil você entrar em contato [com a loucura] (...) a estrada que você tem que percorrer e o pique que você tem que ter, junto a essas pessoas, ele te desanima (...) eu estou completamente contaminada pelas minhas questões, pela minha vida, pelo meu desânimo (...).”

Percebe-se que o nível de insatisfação é diverso nas duas situações. No primeiro trecho, o trabalhador se sente desorganizado ao entrar em contato com uma situação desconhecida, que exige “dar conta de muita coisa” e angustia-se diante da nova prática a ser desenvolvida. A situação é diferente no segundo fragmento, pois, é diante da percepção de suas próprias limitações e do reconhecimento das necessidades da atenção, que o trabalhador “desanima”.

As duas situações apontam para necessidades de produzir sustentação ao trabalhador, seja no momento de entrada no serviço, quando ele se depara com uma nova realidade desconhecida, ou no acompanhamento cotidiano de um trabalho árduo, que pressupõe disponibilidade, responsabilidade e coloca o trabalhador diante de uma série de reformulações nos seus saberes e práticas.

Foi possível observar que, quanto ao nível de satisfação dos trabalhadores, há posições heterogêneas e contraditórias. A satisfação com o trabalho do CAPS esteve representada, principalmente, pela possibilidade dos trabalhadores desenvolverem suas práticas de acordo com o modo como vêem o projeto institucional. Outros indícios de satisfação estiveram relacionados às possibilidades do trabalho no CAPS contemplar desejos profissionais e proporcionar crescimento profissional e pessoal.

Em contrapartida, o mesmo projeto institucional é visto pelos trabalhadores como de difícil execução, além de exigir dos mesmos, níveis de disponibilidade, o que, eventualmente, geram muita insatisfação.

7.4 O conhecimento que se faz necessário

Vimos anteriormente que os conhecimentos dos trabalhadores configuraram-se como instrumentos dos processos de trabalho, numa condição indissolúvel de saber e fazer – a práxis – situação em que teoria e prática atuam conjuntamente na transformação de uma determinada realidade. Nessa perspectiva, pensar o conhecimento que se faz necessário aos trabalhadores do CAPS, é instrumentalizar as novas práticas de trabalho, por meio da aquisição de novos conhecimentos e de processos de reflexão crítica sobre os antigos saberes.

No discurso dos trabalhadores, foi possível localizar frases temáticas que expressam desconhecimento na área e na política de saúde mental, indicando, claramente, um campo a ser investido junto aos trabalhadores do CAPS:

“(...) temos aqui [no CAPS] pessoas que, como eu, vieram pra cá, vindas de outras unidades e que não têm nenhum conhecimento nem teórico e nem prático da saúde mental (...) eu não sei se todas as pessoas aqui estão preparadas tecnicamente (...) muitas outras pessoas não têm, não conhecem, não sabem o que é (...).”

“(...) eu nunca tinha trabalhado num CAPS antes (...) eu nunca trabalhei só com saúde mental antes (...) o que até amedronta a gente (...) não vou negar que tremi mesmo.”

“(...) quando eu vim pra cá, eu nunca tinha [tido] experiência com saúde mental (...) acabei assumindo o projeto trabalho (...) estranhei porque eu nunca tinha atuado nessa área e eu achava que eu não ia saber lidar com eles porque eu nunca tinha, assim, estudado e atuado nessa área (...) ainda não sei quase nada de saúde mental, preciso aprender muito (...).”

“Eu não conheço especificamente a política de saúde mental (...).”

“(...) o CAPS sobreviveu, o trabalho existe, outros CAPS surgiram, mas nem todos conhecem esse trabalho, nem todos conhecem essa política de saúde mental (...).”

“Você tem a política da saúde mental, mas você não tem aqueles que trabalham com isso ou que vão dar conta dessa política. Eles não foram preparados.”

Salienta-se que os protagonistas dos discursos, em sua maioria, são trabalhadores novos no CAPS e/ou que não haviam trabalhado anteriormente na área de saúde mental, e talvez até por este motivo sentiram-se livres para poder falar de seu desconhecimento no campo.

Um outro grupo de frases temáticas identifica necessidades de criação de espaços de formação para quem chega ao serviço ou cursos e supervisões que ajudem os trabalhadores a lidar com as situações do cotidiano:

“(...) quando tem algum colega (...) que não tem essa formação do emocional (...) precisaria dar um pouco mais de tempo (...) explicar algumas coisas realmente (...).”

“[Os gestores] não investem na própria capacitação dos profissionais que entram pra trabalhar nessas equipes (...) as pessoas vão aprendendo pelo fazer e por pessoas que têm bom senso ou que têm vontade, mas não existe um modelo que capacite ou que dê uma idéia do que são esses serviços.”

“(...) a gente vê aqui [no CAPS] as pessoas traçando metas próprias (...) a maior necessidade é investir no humano, investir na equipe que existe (...) respaldo técnico, respaldo de supervisão (...) que essas pessoas recebam uma ajuda pra poder ir trilhando o dia-a-dia, em situações que vão surgindo.”

“Nós tínhamos que ter mais reuniões periódicas até pra saber o que está acontecendo nas outras unidades (...) eu não faço cursos por aqui (...) temos que ser aperfeiçoados (...).”

“(...) sinto falta disso aqui [no CAPS], não só pra mim quanto pra outros profissionais, de ter uma orientação, cursos, alguma coisa que a gente possa estar entendendo um pouco mais.”

Por fim, o discurso expressa necessidades em áreas específicas da atenção, como o campo da reabilitação psicossocial, que instrumentalizaria as ações voltadas ao trabalho com o território e a construção da rede social:

“Da parte de reabilitação (...) nunca fiz um curso específico, de formação específica.”

“(...) aqui [no CAPS] eu tô tendo que me deparar com um outro elemento (...) essa questão social, da miséria, da exclusão, que é muito séria também, mas ainda não estou usando nenhum referencial teórico.”

“Esse aprendizado de abrir, eu acho que pra mim é complicado, eu tenho loucura pra atender, mas é complicado, ir pra fora, de trazer a comunidade pra intervir (...).”

Observa-se que a temática relacionada a necessidades de conhecimento teve pequena expressividade no discurso dos trabalhadores. De modo geral, estas necessidades foram abordadas por trabalhadores com inserção recente na área de saúde mental ou então surge como uma necessidade para sustentar intervenções no campo social, identificado com a reabilitação psicossocial. Embora este não tenha sido o enfoque do estudo, a análise realizada a partir das categorias empíricas e, principalmente, dos processos de trabalho da equipe, tornaram evidentes as múltiplas necessidades de qualificação dos trabalhadores do serviço.

A Reforma Psiquiátrica considerada um processo histórico de transformações de saberes e práticas voltados para a construção de novos serviços e de um novo campo de relações socioculturais, exige a presença de novos trabalhadores. Novos porque esta transformação exige uma revisão crítica dos saberes hegemônicos e a construção de novos saberes que viabilizem novas práticas. Os trabalhadores do CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira precisam ser qualificados para que se apropriem e transformem os seus próprios processos de trabalho.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No atual estágio de desenvolvimento do Movimento da Reforma Psiquiátrica e da formulação de políticas públicas de saúde mental no Brasil, os CAPS são considerados dispositivos estratégicos para a transformação do modelo de atenção, com base na construção de práticas coerentes com as necessidades de assistência, inclusão social e exercício de direitos de cidadania para as pessoas com transtornos mentais severos e persistentes.

Nesta investigação, partiu-se do pressuposto de que a realidade social é construída historicamente e as concepções que embasam as práticas em saúde mental, são determinadas por processos permanentes e contraditórios, dos quais emergem as possibilidades de transformação e construção de novos padrões de relações sociais. Portanto, o discurso dos trabalhadores configurou-se não só como a representação social dos fenômenos com os quais eles trabalham e convivem, mas também traduz, simultaneamente, as ideologias do pensamento hegemônico e as tentativas de superação por meio das contradições que evidenciam. Desse modo, a análise do material empírico possibilitou responder às questões propostas pelo estudo.

A caracterização do perfil dos trabalhadores do CAPS permitiu identificar percursos profissionais longos para a maioria dos trabalhadores, cuja formação profissional esteve baseada em cursos tradicionais na área de saúde mental. Percebeu-se, ainda, que o tempo de trabalho no serviço público e especialmente no CAPS é, preponderantemente, pequeno entre os trabalhadores. Além disso, a análise dos discursos indicou que os trabalhadores identificam necessidades de estabelecer perfis profissionais mais adequados ao trabalho, que consistiriam em características de “abertura”, por parte dos trabalhadores, para transformar e ampliar seus saberes. No campo da organização do trabalho, evidenciaram-se também contradições quanto às funções específicas das diversas categorias profissionais e a possibilidade de realizar o trabalho em equipe, em busca da construção de um objeto de trabalho comum.

As concepções teóricas que orientam as ações dos trabalhadores, desveladas pela análise do discurso, corroboraram a natureza da formação profissional dos sujeitos, ou seja, a compreensão da saúde e da doença mental esteve, preponderantemente, representada por concepções tradicionais, tais como doença mental, sujeito psíquico e mesmo o indivíduo biopsicossocial, em que há uma visão dicotômica entre a saúde e a doença, cujo objeto de trabalho correspondente é o indivíduo e sua doença,

desvinculado das relações sociais. Por serem principalmente concepções teóricas tradicionais, concluiu-se que veiculam ideologias coerentes com o modelo hegemônico. Contraditoriamente, a esta visão, mesmo que com pouca expressividade no discurso, há um questionamento quanto ao reducionismo psiquiátrico e mesmo psicanalítico, e idéias que indicam tentativas de superação do modelo hegemônico ao compreender a loucura em relação ao campo social, pela possibilidade de priorizar as relações das pessoas com a vida concreta ou produzir uma nova compreensão do processo saúde-doença no campo da complexidade e da determinação social.

Quanto à análise das ações mediadas pelo saber-fazer dos trabalhadores, observou-se que os processos de trabalho da equipe do CAPS apresentam congruência quanto aos seus elementos constitutivos, quando se tratam de intervenções tradicionais. Os saberes predominantes estiveram referidos à psicanálise e seus correspondentes fazeres encontram-se em ações dirigidas exclusivamente aos usuários, no sentido de potencializar a mudança nas relações interpessoais.

No entanto, também foram desvelados, no discurso dos trabalhadores, como objeto de trabalho, o sujeito e suas relações sociais, indicando contradições existentes num mesmo campo de práticas. A abordagem com os familiares, embora predominantemente seja dirigida ao trabalho das relações subjetivas, pode significar um movimento em direção à ampliação do campo de intervenção, bem como as ações que abarcam a defesa dos direitos e o trabalho como instrumento de inserção social.

A identificação desse “novo objeto” evidencia um movimento de superação das contradições na realidade de trabalho do CAPS, porém, as práticas que pressupõem uma ampliação do campo de intervenção, abordando o sujeito em sua existência e em relação à sua vida social, não encontram embasamento teórico em saberes estruturados, isto é, não seriam sustentadas pelos saberes descritos, sendo, portanto, baseadas no próprio conhecimento prático e no senso comum.

Dessa forma, questiona-se o caráter prático das intervenções na medida em que há incoerências entre objetos, instrumentos e finalidades dos processos de trabalho no CAPS. Considerando que a práxis é uma unidade indissociável entre teoria e ação, para transformar uma determinada realidade, observa-se que há práticas voltadas para o cuidado fundamentalmente assistencial as quais, por basearem-se em concepções tradicionais, não são transformadoras. Por outro lado, as concepções inovadoras, consideradas como tentativas de superação do modelo hegemônico, colocam-se mais como produção teórica, sem resultar em ações efetivamente transformadoras. No

entanto, é inegável a existência de um campo tenso e conflituoso no interior dos processos de trabalho da equipe do CAPS, que pode ser entendido como reflexo desse momento de transição paradigmática, em que convivem o modelo hegemônico e um novo modelo de atenção necessário para atingir a superação das contradições.

Foi possível verificar as conseqüências dessas observações na análise da representação dos trabalhadores sobre o modelo de atenção CAPS, pois, embora o discurso demonstre a concepção de atenção psicossocial como predominante e haja certo consenso quanto aos objetivos do CAPS, percebe-se, contraditoriamente, que a articulação com o território e a efetivação da substituição do modelo hospitalocêntrico são pontos de fragilidade do serviço.

O mesmo acontece às representações dos trabalhadores sobre a política de saúde mental. Há um conhecimento de suas diretrizes e um reconhecimento dos avanços alcançados, porém questiona-se a viabilidade real da execução da política pelas dificuldades encontradas na carência estrutural dos serviços e, principalmente, por responsabilidade da própria política, que propõe ações territoriais consideradas externas ao seu trabalho técnico. Os problemas estariam fora da instituição e, portanto, segundo esses trabalhadores, não fazem parte de suas atribuições, pois, não se vêem como atores dessas práticas ou das próprias políticas.

Assim, é evidente a necessidade de qualificação da equipe do CAPS para possibilitar a construção de novos processos de trabalho e o envolvimento dos trabalhadores enquanto agentes de práticas sociais. É preciso desencadear processos institucionais mais eficientes para propiciar-lhes, no cotidiano, a reflexão crítica sobre suas práticas. O caminho de superação das contradições estaria na possibilidade de reconstrução dos saberes, instrumentos e práticas, isto é, novos processos de trabalho traduzidos em práxis, coerentes com as necessidades de transformação da atenção às pessoas com transtornos mentais severos.

A sustentação desses processos é de fundamental importância. No nível local, o gerenciamento do serviço deve promover discussões e avaliações, de modo a resgatar permanentemente as finalidades do modelo de atenção, principalmente no que se refere à efetivação do serviço substitutivo e à criação de estratégias de trabalho no território, visando à superação das dificuldades dos trabalhadores.

No plano da política de saúde mental, essa sustentação também deve ser garantida por intermédio de incentivos financeiros para a criação de espaços de qualificação dos gerentes e trabalhadores, pela avaliação dos serviços CAPS e pela

implementação de novas diretrizes intersetoriais para facilitar as relações entre os trabalhadores e os recursos necessários para a atenção.

O trabalho nos CAPS configura-se como um grande desafio e sua realização, com base na possibilidade de transformação da atenção, é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. O avanço está exatamente na possibilidade de existência de uma instituição como o CAPS, em que é possível vivenciar todas essas contradições, porém, também é necessário que se criem condições viáveis para encontrar os caminhos de superação.

REFERÊNCIAS

- Amarante P, organizador. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ ENSP; 1995.
- Amarante P. Sobre duas proposições relacionadas à clínica e à reforma psiquiátrica. In: Quinet A, organizador. Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; 2001. p. 103-10
- Amarante P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: Amarante P, coordenador. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau; 2003. p. 45-65.
- Aranha e Silva AL, Fonseca RMGS. Repensando o trabalho em saúde mental: a questão da interdisciplinaridade. Rev Bras Enferm. 1995;48(3):212-7.
- Aranha e Silva AL. Enfermagem em saúde mental: a ação e o trabalho de agentes de enfermagem de nível médio no campo psicossocial [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.
- Bandeira M. Desinstitucionalização: estão os profissionais de psicologia preparados? Psic Teor Pesq. 1992;8 Supl:373-84.
- Barição SMF. O centro de atenção psicossocial: desafios no percurso institucional. In: Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Cadernos de textos de apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília; 2001. p. 131-9.
- Barros S. Concretizando a transformação paradigmática em saúde mental: a práxis como horizonte para a formação de novos trabalhadores [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.
- Barros S, Egry EY. O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem psiquiátrica subjudice. São Paulo: Cabral; 2001.
- Bertolozzi MR. O sistema de saúde brasileiro: em que ponto estamos? Nursing. 2003;6 (64):27-34. [edição brasileira].
- Bertoncello NMF, Silva GB. O processo de trabalho em ambulatório de saúde mental. Inf Psiq. 1998;17(4):129-34.
- Bezerra Junior B. O cuidado nos CAPS: os novos desafios. Academus Rev Cienc Saúde (Rio de Janeiro) [periódico online]. 2004;3(4). Disponível em: http://www.saude.rio.rj.gov.br/saude/pubsms/media/cuidado_nos_caps.pdf. [Acesso em 13 jun. 2006].
- Bichaff R. A percepção do usuário sobre o modelo assistencial. In: Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Cadernos de textos de apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília; 2001. p. 146-53.
- Birman J. Desposseção, saber e loucura: sobre as relações entre psicanálise e

psiquiatria hoje. In: Quinet A. *Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; 2001. p. 21-9.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde. Brasília; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Políticas de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília; 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. Brasília; 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília; 2004b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Saúde mental no SUS. Inform Saúde Mental. 2004c;3(16).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Saúde mental no SUS. Inform Saúde Mental. 2005a;4(18).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. [Apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília; 2005b].

Brasil. Ministério da Saúde. Política de Saúde Mental [on line] Brasília; 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mental/default.cfm>> [Acesso em 22 jun. 2006].

Cambráia M. As práticas e os processos de trabalho nos ambulatorios de saúde mental [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1999.

Campos CMS, Soares CB. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico online]. 2003;8(2):621-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200022&lng=pt&nrm=iso>. [Acesso em 10 jan. 2006].

Campos GWS. Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. *Saúde Déb*. 1992;(37):16-9.

Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisa e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: Cecílio LCO, organizador. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 29-87.

Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 229-66.

Carvalho MC. Os desafios da desinstitucionalização. In: Figueiredo AC, Cavalcanti MT, organizadores. *A Reforma Psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização*. Rio de Janeiro: CUCA-IPUB/ UFRJ; 2001. p. 9-38.

Chauí M. *O que é ideologia*. São Paulo: Brasiliense; 1986.

Chizzotti A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo: Cortez; 2001.

Costa-Rosa A, Luzio CA, Yasui S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: Amarante P, coordenador. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau; 2003. p. 13-44.

Dalmaso ASW. Oferta e consumo de ações de saúde: como realizar o projeto da integralidade? *Saúde Deb*. 1994;(44):35-8.

Delgado PG. O tratamento a partir da reforma psiquiátrica. In: Quinet A, organizador. *Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; 2001. p. 153-8.

Delgado PGG. Aos trabalhadores de saúde mental dos CAPS. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Caderno Informativo do Congresso Brasileiro de CAPS*. Brasília; 2004. p. 3-4.

Dell'Acqua G, Mezzina R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: Amarante P, coordenador. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2*. Rio de Janeiro: Nau; 2005.

Egry EY. *Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem*. São Paulo: Ícone; 1996.

Elia L. Responsabilidade do sujeito e responsabilidade do cuidado no campo da saúde mental. *Academus Rev Cienc Saúde* (Rio de Janeiro) [periódico online]. 2004;3(4). Disponível em: <http://www.saude.rio.rj.gov.br/saude/pubsms/media/responsabilidade_do_sujeito.pdf> [Acesso em 13 jun. 2006].

Farinazzo A, Beraldo M. Formação com qualificação: o enfermeiro integrante da equipe interdisciplinar como cuidador do dependente químico. *Mundo Saúde* 2001;25(3):266-71.

Ferreira ABH. *Novo Dicionário Aurélio*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1988.

Figueiredo AC, Cavalcanti MT, organizadores. *A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização*. Rio de Janeiro: CUCA-IPUB/ UFRJ; 2001. Apresentação; p. 7-8.

Figueiredo AC, Jardim SR. Formação de recursos humanos, trabalho e saúde mental. In: Figueiredo AC, Cavalcanti MT, organizadores. A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização. Rio de Janeiro: CUCA-IPUB/ UFRJ; 2001. p. 59-68.

Figueiredo VV, Rodrigues MMP. Atuação do psicólogo nos CAPS do estado do Espírito Santo. *Psicol Estudo* (Maringá). 2004;9(2):173-81.

Foucault M. História da loucura na Idade clássica. 8ª ed. São Paulo: Perspectiva; 2005.

Francelin MM. Ciência, senso comum e revoluções científicas: ressonâncias e paradoxos. *Ci Inf* [periódico online]. 2004;33(3):26-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-19652004000300004&lng=pt&nrm=iso>. [Acesso em 2 jun. 2006].

Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1988. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise; p. 125-33.

Frigotto G. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional In: Fazenda I, organizador. Metodologia da pesquisa educacional. 3ª ed. São Paulo: Cortez; 1994. p. 69-90.

Goldberg J. A clínica da psicose: um projeto na Rede Pública. Rio de Janeiro: Te Corá/ Instituto Franco Basaglia; 1994.

Goldberg J. Reabilitação como processo: o centro de atenção psicossocial. In: Pitta AMF, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 33-47.

Guimarães J, Medeiros SM. Contribuições ao ensino de saúde mental sob o signo da desinstitucionalização. *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico online]. 2001;6(1):97-104. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100008&lng=pt&nrm=iso>.[Acesso em 5 jun. 2005].

Kantorski LP, Silva GB, Silva ENF. As concepções e cenários do ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental. *Rev Bras Enferm*. 2001;54(3):409-19.

Kinoshita RT. Desinstitucionalização de um hospital psiquiátrico. In: Campos FCB, Henriques CMP, organizadores. Contra a maré à beira mar: a experiência do SUS em Santos. São Paulo: Ed. Página Aberta; 1996. p. 39-49.

Leal EM. O debate sobre a “natureza” da clínica na reforma psiquiátrica brasileira: algumas considerações iniciais sobre a relação desta questão com descrições essencialistas e idealizadas do sujeito. In: Venâncio AT, Leal EM, Delgado PG, organizadores. O campo da atenção psicossocial. Anais do 1º Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Te Cora/ Instituto Franco Basaglia; 1997. p.191-203.

Liedke ER. Trabalho. In: Cattani AD, organizador. Trabalho e tecnologia: dicionário crítico. Petrópolis: Vozes; 1997. p. 268-74.

Martins MIC, Dal Poz MR. A qualificação de trabalhadores de saúde e as mudanças tecnológicas. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 1998;8(2):125-46.

Melman J. Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras; 2001.

Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo; 1992. (Cadernos CEFOR – Textos, 1).

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

Mostazo RR, Kirschbaum DIR. Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico. *Rev Lat Am Enferm* [periódico online]. 2003;11(6):786-91. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000600013&lng=pt&nrm=iso>. [Acesso em 10 maio 2005].

Nicácio F, Amarante P, Barros DD. Franco Basaglia em terras brasileiras: caminhantes e itinerários. In: Amarante P, coordenador. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2*. Rio de Janeiro: Nau; 2005. p. 195-214.

Nogueira RP. A força de trabalho em saúde. In: Médici AC. *Textos de apoio: planejamento I: recursos humanos em saúde*. Rio de Janeiro: ENSP/ FIOCRUZ; 1987. p.13-8.

Nogueira RP. Reforma do estado, o SUS em reforma e os recursos humanos. In: Santana JP, Castro JL, organizadores. *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde – CADHRU*. Brasília: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana de Saúde; 1999. p. 65-81.

Nunes ED. Brasil: relação médico-paciente e suas determinações sociais. *Educ Med Salud*. 1988;22(2):153-68.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Organização Mundial da Saúde (OMS). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra; 2001.

Paulin LF, Turato ER. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *Hist Cienc Saúde Manguinhos* (Rio de Janeiro) [periódico online]. 2004;11(2): 241-58. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702004000200002&lng=pt&nrm=iso>. [Acesso em 30 maio 2006].

Peduzzi M. Equipe multiprofissional: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(1): 103-9.

Peduzzi M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Rev Trabalho Educ Saúde* (Rio de Janeiro). 2003;1(1):75-91.

Pitta AMF. Cuidando de psicóticos. In: Goldberg J. Clínica da psicose: um projeto na rede pública. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 1994. p. 153-68.

Quinet A. Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; 2001. Como se diagnostica hoje?; p. 73-7.

Rolim MA, Barros S, Stefanelli MC, Teixeira MB. O enfermeiro em ambulatório de saúde mental. Rev Esc Enferm USP. 1992;26(3):289-302.

Rotelli F. A instituição inventada. In: Nicácio F. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990. p. 89-99.

Rotelli F, De Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: Nicácio F. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990. p. 17-59.

Russo J, Silva Filho JF. Psiquiatria, psicanálise e a reforma da assistência em saúde mental no Brasil. In: Quinet A, organizador. Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; 2001. p. 97-102.

Santos BS. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez; 2000.

Santos WG. Política social e combate à pobreza. Rio de Janeiro: Zahar; 1994.

Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta AMF, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 13-8.

Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Cora; 1999.

Saraceno B, Ascoli F, Tognoni G. Manual de saúde mental: guia básico para atenção primária. São Paulo: Hucitec; 1997.

Schraiber LB, Peduzzi M. Tendências e possibilidades da investigação de recursos humanos em saúde no Brasil. Educ Med Salud. 1993;27(3):295-313.

Serpa Junior OD. Psicanálise, psiquiatria e a sedução da completude. In: Quinet A, organizador. Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; 2001. p. 31-6.

Silva ATMC, Barros S, Oliveira MAF. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. Rev Esc Enferm USP. 2002;36(1):4-9.

Silva CJ, Serra AM. Terapias cognitiva e cognitivo-comportamental em dependência química. Rev Bras Psiquiatr [periódico online]. 2004;26(1):33-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500009&lng=pt&nrm=iso>. [Acesso em 15 jun. 2006].

Silva Filho JF. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: Tundis SA, Costa NR, organizadores. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. 7ª ed. Petrópolis: Vozes; 2001. p. 75-102.

Silva PLB. Serviços de saúde: o dilema do SUS na nova década. São Paulo Perspec. 2003; 17(1):69-85.

Teixeira MOL. Da tomada de responsabilidade como eixo de trabalho e suas repercussões. *Academus Rev Cienc Saúde* (Rio de Janeiro) [periódico online]. 2004;3(4). Disponível em: <<http://www.saude.rio.rj.gov.br/>>. [Acesso em 13 jun. 2006].

Tenório F. A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; 2001a.

Tenório F. Da reforma psiquiátrica à clínica do sujeito. In: Quinet A, organizador. *Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; 2001b. p. 121-31.

ANEXO I

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000

☎ Fone.: 3066-7548 - Fax.: 280-8213

C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail.: edipesq@usp.br

São Paulo, 31 de agosto de 2005.

**Ilm.º Sr.º
Regina Bichaff****Ref.: Processo nº 470/2005/CEP-EEUSP****Prezada Senhora,**

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto "O TRABALHO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS: AS NECESSIDADES DE CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL PARA A CONSOLIDAÇÃO DO PROJETO ASSISTENCIAL", informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analizado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita em tinta preta, legível como "Dulce MRGualda".

Prof.ª Dr.ª Dulce Maria Rosa Gualda
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO II

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Grupo de Serviços Ambulatoriais Especializados – SUS – SP
Centro de Atenção Psicossocial “ Prof. Luis da Rocha Cerqueira”

Autorização

Miriam Aparecida Herrera Fernandes e Paulo Octávio da Silva Guimarães, Diretores do Centro de Atenção Psicossocial “ Prof. Luis da Rocha Cerqueira” do Grupo de Serviços Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SUS-SP, autorizamos Sra Regina Bichaff, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, realizar a pesquisa intitulada “ O trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS: as necessidades de capacitação profissional para consolidação do projeto institucional” (título provisório), que tem por finalidade a obtenção de título acadêmico, nível de mestrado.

São Paulo, 12 de setembro de 2005.

Miriam Aparecida Herrera Fernandes
Diretor Técnico de Serviço de Saúde

Paulo Octávio da Silva Guimarães
Diretor Técnico de Serviço de Saúde
(Substituto)

ANEXO III

Roteiro de entrevista dos trabalhadores do CAPS

Informações do entrevistado:

Nome:

Data de Nascimento:

Sexo: () Fem. () Masc.

Naturalidade:

Estado civil:

Curso de Graduação:

Instituição formadora:

Tempo de formado:

Cursos de especialização:

Programas de pós-graduação:

Cursos de atualização nos últimos 02 anos:

Outros:

Tempo de serviço público:

Tempo de serviço no CAPS:

Trabalho anterior ao CAPS:

Renda (em nº de salários mínimos):

Exerce atividade remunerada fora do CAPS: () Sim () Não

Questões:

1. Escolha e narre detalhadamente uma situação de atenção em saúde mental vivenciada por você, no último ano, e que seja expressiva de seu trabalho no CAPS.
2. Quais conhecimentos você utilizou para realizar esta intervenção?
3. Como você acha que esta experiência relatada responde aos objetivos do CAPS?
4. Como você acha que esta experiência relatada responde à política de saúde mental?

ANEXO IV

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

I - Identificação do sujeito da pesquisa

Nome do entrevistado:

II - Dados sobre a pesquisa

Título da pesquisa: O trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS: as necessidades de capacitação profissional para a consolidação do projeto assistencial. (Título provisório)

Pesquisadora: Regina Bichaff

Cargo/Função: Aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado. Área: Enfermagem Psiquiátrica. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

III - Registro das explicações do pesquisador ao participante sobre a pesquisa

O presente estudo tem por finalidade identificar as necessidades de capacitação profissional dos trabalhadores de uma equipe técnica multiprofissional de um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, a partir da análise de suas práticas, mediadas por orientações e concepções teóricas, à luz da proposta assistencial preconizada pelas políticas públicas em saúde mental.

A coleta de dados será realizada por meio de entrevista semi-estruturada contendo duas partes. A primeira parte tem por objetivo estabelecer o seu perfil enquanto trabalhador do CAPS e a segunda parte contém quatro perguntas abertas às quais você poderá se expressar livremente. Solicito que concorde com a gravação da entrevista em fita cassete, para posterior transcrição e análise dos dados. Você poderá fazer qualquer questionamento acerca do estudo e sobre sua participação nele. Se tiver alguma dúvida procurarei esclarecê-lo em qualquer fase da pesquisa. A sua participação é voluntária e você tem liberdade para recusar participação ou retirar consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo ou constrangimento. O seu nome será mantido em sigilo assegurando sua privacidade. Suas informações serão confidenciais. Todos os dados relativos ao estudo serão coletados e guardados em local seguro. Se necessário, por favor, entre em contato com a pesquisadora pelo telefone (11) 99549598, e-mail: reginabichaff@terra.com.br ou no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo no telefone (11) 30667548, e-mail: edipesq@usp.br.

IV - Consentimento Livre e Esclarecido

“Declaro que, após convenientemente esclarecido(a) pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa”.

São Paulo, ____ de _____ de 2005.

Assinatura do entrevistado(a)

ANEXO V

Frases temáticas da categoria empírica: as concepções de saúde e doença mental

E*C*1* (...) o delírio dele [usuário] tem a ver com a mãe também, a persecutoriedade dele tem a ver com a mãe (...) sempre recaia nas acusações em relação à mãe, e a mãe que por outro lado também não consegue entender a gravidade ou o quanto ele é doente (...).

EC11 (...) é andar num fio de navalha (...) a gente nunca pode ter muita segurança do que vai acontecer daqui pra frente se ele [usuário] descompensa.

ED2 (...) o paciente delirante na psiquiatria atual (...) a postura (...) é niilista porque a medicação age pouco (...) a formação acadêmica em relação a isso é muito cética.

ED5 Ele [usuário] tem uma coisa alucinatória (...) que ocupa muito espaço na vida dele (...) e ele sempre pergunta: “Isso é um problema?”. Eu penso assim: “Não, pra mim isso não é um problema. O problema é vc estar fazendo cursinho e não estar conseguindo estudar, é vc estar perdido, vc começar as coisas e parar, e não dar seguimento a nada (...)”.

ED10 Uma coisa que pra mim é inédita e que eu estou aprendendo a ver, é ver a coisa pelo prisma social também (...) além do psíquico, do psiquiátrico, do psicológico, tem essa questão social, da miséria, da exclusão, que é muito séria também (...).

ED13 A situação de doença mental é uma situação de muita dependência, de muita perda de autonomia, de muita perda de iniciativa, de vontade, etc (...).

ED16 (...) eu acho que dá pra conviver melhor com o transtorno mental na rua, aberto, em espaços livres (...) sem precisar confinar, categorizar e cindir o transtorno mental do resto da vida do sujeito, da família do sujeito, da comunidade do sujeito (...).

EE2 Eu contaria pra você que a [usuária] C é um caso complicado, uma filha que o pai não conhecia, e que de repente, com toda uma problemática da morte da mãe, a filha veio apresentando problema psiquiátrico importante (...).

EG2 (...) [a usuária] veio, e aí começou a trabalhar, pintar e ela têm uma cor linda assim, ela tem uma potencia de criação, de cores, de inteligência (...) o transtorno mental [sintoma] está, na verdade, por essa coisa de não dar espaço pra o quê ela tem que é uma expressão totalmente original.

EH3 (...) a loucura é muito complexa e acho que tem várias formas e possibilidades de intervenção aí, que vão formando o que eu entendo mais ou menos do que pode ser nosso trabalho.

EH8 (...) o sofrimento não é do sujeito, acho que o sofrimento é coletivo, eu acho que não é só o nosso usuário que precisa de ajuda, eu acho que a família precisa de ajuda (...).

EJ1 Foi trazida uma moça (...) a gente percebeu uma dinâmica familiar absolutamente confusa, uma história que envolvia até algum tipo de perversidade ou mesmo abuso de álcool da parte do pai, uma mãe comprovadamente louca e desagregada (...).

EJ4 (...) a família trouxe um rapaz (...) ele tem sintoma de uma psicose franca e a gente vai ter que por muito tempo, vai ter que envolver muitas pessoas ouvindo (...) como foi essa história da mãe, como foi essa história do pai.

EJ5 (...) se você conseguir dar uma volta nessa fase inicial, ele [usuário] pode começar a contribuir com o próprio tratamento, pode ter potenciais que com certeza depois de dois, três anos se perdem.

EJ9 (...) a minha experiência pessoal cansou de me mostrar pessoas em surtos agudos falando supostas bobagens que depois você via que não era tão bobagem (...) ela é referente a alguma forma de verdade, o paciente percebeu de uma forma diferente.

EJ10 (...) essa tendência da medicina: decidi, fiz diagnóstico, mediquei e abafei o negócio, isso não existe (...).

EJ15 Aliás, a idéia de atendimento e suposta cura, isso é uma raridade absoluta (...) quanto mais considerando aspectos psíquicos, emocionais, filosóficos, social, trabalho, vida das pessoas, isso é uma coisa muito complexa.

EL6 (...) ele [usuário] ficava um tempo, daqui a pouco ele negava a tomar remédio, voltava a entrar em crise (...) ele foi internado em duas ocasiões pelo mesmo motivo (...).

EL11 (...) entender que eram períodos de vida em que o indivíduo tinha um comportamento em função de vários fatores, mais que uma questão biológica, uma questão dinâmica, uma questão de vida, etc e tal.

EL21 Até naquele artigo do Paulo Amarante ele fala do modelo, que não é nem da doença mental e nem a saúde mental, ele fala que todos nós estamos nesse intervalo entre o momento da doença, o momento da

* Entrevista.

* A, B, C... indica o entrevistado.

* 1, 2, 3... indica a ordem de aparecimento da frase temática no discurso de cada entrevistado.

saúde e esse processo da vida, que tem hora em que você vai tentar propiciar mais a saúde e hora você vai trabalhar pra diminuir a doença.

EM9 Na verdade eu acho que a doença, a psíquica, ela é muito pouco conhecida (...) nessa história de manicômio, as pessoas ficavam totalmente à parte (...) com essa nova maneira de estar pensando (...) as pessoas [podem] estar conscientes que existe esse problema na nossa sociedade e que foi a nossa própria sociedade que produziu (...).

EM17 Nas horas em que as pessoas estão desequilibradas o acolhimento é muito importante.

EM20 (...) não é que ele simplesmente não está escovando os dentes porque ele não quer, porque ele é preguiçoso, ele tem um comprometimento que não deixa ele enxergar isso e ele não consegue mudar essa atitude.

EN13 Primeiro lugar saber o que é ser bom, o que é uma pessoa sã ou não (...). Aí cabe a toda equipe se reunir: “Queremos chegar nesse ponto, ter um padrão, que padrão é esse?”

EO4 (...) você vê um cara completamente doido, quando começa a falar você não consegue entender nada (...) aí você vê que é uma pessoa que está completamente dentro da vida assim. (...) a mãe morreu, a irmã mora no Japão e ele vive muito bem sozinho, com toda essa loucura dele (...).

EP4 (...) sempre trabalhei com funcionários (...) não tinham doentes mentais e quando eu me deparei querendo aplicar o meu serviço profissional com eles [usuários] foi difícil (...) porque eu sempre trabalhei com pessoas mais normais, que eu dava o treinamento, aprendia, pronto e aqui não, lógico.

EQ10 E medicação (...) uma coisa que tem que estar ali, porque ele é doente, ele vai precisar desse suporte (...).

ES1 (...) um paciente que apareceu [no CAPS] (...) como morador de rua e aí a gente teve que fazer um trabalho primeiro de identificação diagnóstica, assim pra poder até diferenciar o quê que era social do que era psicopatológico (...).

ET10 (...) eu sinto que abordar o indivíduo de várias formas, de encarar o lado não subjetivo específico, mas a dinâmica psicossocial dele era uma bagagem minha (...).

ET14 (...) tenho visões pouco ortodoxas também em relação a manifestações espirituais (...) eu creio que haja dentro da esquizofrenia, da depressão, enfraquecimentos espirituais que possibilitem sofrimentos alheios à doença, a mais da doença (...).

ET22 (...) minha postura de recusar o rótulo de doença pra alguns, deixar claro pra pessoa que aquilo é um rótulo que se desenvolveu, que ele absorveu (...) essa recusa a patologizar (...).

ET23 (...) muito daquelas características fazem parte dele, ele tem que saber lidar (...).

EU3 (...) tem uma paciente que (...) a mãe dela morreu, ela entrou numa crise maníaca, andava por aí gastando muito dinheiro, se endividando mesmo (...).

EU7 (...) esses transtornos psiquiátricos eles vão dominando (...) eu me sinto às vezes bem impotente diante disso, das questões da psiquiatria (...) você não pode fazer nada (...) chega um momento em que chega, parou, não consigo mais.

EU15 (...) o DSM IV, ele é lindo, tudo lindo, chega aqui, você não consegue enquadrar um paciente em nenhum diagnóstico, eu acho que a nossa profissão é muito complicada, então tratar o paciente é mais complicado ainda.

ANEXO VI

Frases temáticas da categoria empírica: os processos de trabalho da equipe do CAPS

Os objetos:

EA2 A comunicação foi difícil (...) uma relação muito difícil [do usuário com a esposa] (...) um e outro supunham que sabiam de tudo a respeito do outro (...) o que um sentia era meio o que o outro sente e isso não produzia pra eles uma maturidade pra lidar cada um a sua maneira, pra que as individualidades pudessem aparecer.

EA5 (...) a questão do casal, da família (...) um conhecimento mínimo que eu tenho (...) eu costumo usar isso um pouco mesmo na abordagem que eu utilizo (...).

EA9 As pessoas que estão aqui precisam de muitas outras coisas e podem ser ouvidas em muitas outras coisas além da saúde mental [doença mental].

EB1 (...) ele [usuário] tomou a iniciativa também de procurar a previdência social (...) ele conseguiu fazer esse pedido de recurso (...).

EC2 Nessa situação eu pego um caso de um paciente crônico, grave, com uma mãe problemática também e uma situação econômica e social complicada (...).

EC3 (...) um cara que nunca trabalhou (...) é um cara difícil de se por numa avaliação pericial, alguém dizer que ele é incapaz, embora eu consegui ultimamente isso, um auxílio LOAS, recentemente.

EC8 (...) eu estou me habituando um pouco mais a trabalhar com pacientes psicóticos (...). Eu trabalhava com um tipo de coisa completamente diferente, com transtornos alimentares e obesidade.

ED1 (...) o atendimento ao paciente delirante (...) eu vi atendimentos em pacientes com esse problema que realmente dá pra ver alguma brecha no delírio, dá pra intervir de alguma forma (...).

EE1 (...) pra eu trabalhar aqui, eu tenho que ver esses usuários daqui como sujeitos, como pessoas, como pessoas que tem sentimentos, que tem corpo, que tem alma, que tem deveres, que tem obrigações, enfim, enxergá-los, não ver o louco, entendeu? Ele é louco, não sei o que ele tem, não sei quais são todas as patologias, mas vê-lo na íntegra, como pessoa.

EE9 Eu penso que a C foi uma usuária que a gente teve que ta aí, buscando demandas de tudo quanto é lado, demandas de trabalho, demandas de assistência, demanda familiar (...).

EF1 (...) o caso do [usuário] L (...) que chega aqui completamente paranóico (...) a gente fez um oferecimento básico, do pacote de serviços do CAPS que pra ele não funcionou, [ele] não entrou.

EG1 Ela [usuária] limpava, lavava o chão (...) aí foi conversar, saber como que era a história daquela família (...) tinha a filha psicótica e a mãe [usuária] num estado muito confuso (...) os vizinhos que queriam botar a família toda pra fora do prédio (...).

EH1 (...) a mãe [do usuário] está com um comportamento muito diferenciado (...) já fazia 10 dias que tava sem tomar banho, não saía da cama, tava muito prostrada (...) possíveis sintomas psicóticos, porque começa a falar coisas sem sentido e fala muito sozinha (...).

EH6 Tem uma coisa que é também meio cultural, ela [mãe do usuário] é do interior de Minas, esta numa cidade grande, fora do contexto dela, acho que isso pode estar contribuindo pra ela estar com esse comportamento (...).

EH15 (...) um sujeito que está na sociedade, um sujeito que é um ser social, que pertence a uma família, e que também precisa de atenção, que também precisa de cuidados (...).

EI3 (...) é totalmente diferente essa clínica (...) inclui essa coisa do social que eu não olhava muito, cultural e essa coisa do trabalho. (...) eu me pego trabalhando essas questões (...).

EJ16 A gente vai precisar estar de olho ou estar disponível pra ver a necessidade da pessoa (...).

EK8 Eu acho que eu parto do respeito a alguns princípios de acolher o usuário do jeito que ele é.

EL1 O indivíduo chegou ao serviço (...) com um quadro franco de agitação psicomotora (...) um quadro de bastante aceleração, exaltação do comportamento (...).

EL3 Era um rapaz que tinha um histórico de vida que demonstrava uma certa descontinuidade (...) ele perdia as coisas que ele construía ou então ele não conseguia se responsabilizar em dar continuidade e sustentar (...).

EL4 (...) ele (usuário) não sustentava o emprego, porque na verdade ele já não trabalhava mais, já tava aposentado do emprego (...).

EL5 Ele [usuário] tinha 3 filhos que ele não tinha contato (...) o próprio pai que trouxe o rapaz pro serviço não tinha um contato contínuo (...) ele arranjava problema com o condomínio, com os vizinhos, não deixava ninguém dormir (...).

EM2 Chegou o paciente, ele tava acompanhado da mãe (...) ele realmente não conversa, ele tem muito medo, é muito desconfiado e a mãe desse rapaz estava muito desesperada (...) ela já não sabia mais aonde

recorrer (...).

EO1 Tem a ver com a questão do terapêutico no sentido de respeitar a subjetividade e a limitação de cada um (...).

EO3 (...) um dos usuários é bem confuso (...) é uma pessoa que tem um discurso absolutamente dúbio (...) começa a falar coisas (...) completamente descontextualizadas pras pessoas que estão ali.

EO5 (...) as pessoas [usuários] tem que estar na vida do jeito que elas conseguem estar, com a loucura que conseguem ter (...).

EO11 (...) pra cada pessoa tem uma necessidade, cada um deles [usuários] tem uma necessidade (...).

EP9 (...) nas reuniões [do projeto trabalho] a gente percebe muito isso (...) eles querem essa cobrança, serem cobrados e ter essa responsabilidade.

EP16 (...) ela [usuária] não esta pronta ainda pra ser uma ajudante de cozinha, pro mercado [de trabalho], precisaria estar em parceria com uma escola, alguma coisa assim (...).

EQ12 (...) eu trabalho com pessoas [famílias] de condição sócio-econômica baixa, que não tem condições, o doente mental é um peso, ele não trabalha (...).

ER7 (...) as pessoas [usuários] falam que elas não têm espaço na casa delas, elas não têm lugar de fala, lugar em que elas possam chegar e falar: “Tá doendo”.

ER10 (...) que identidade [psíquica] esse fulano tem pra ser trabalhado, se ele não tem nem male e mal identidade [RG], do nome, quem eu sou, onde eu nasci, quantos anos eu tenho, então eu acho que a gente trabalha com algo de uma carência tão absurda que acho que a gente tem que cuidar (...).

ES2 (...) a gente conseguiu entrar em contato com a família (...) combinar com a família a continuação do tratamento.

ET2 (...) o deprimido, por exemplo, ele tende com o tempo, a baixar a estima, a não acreditar mais na capacidade dele se reinserir (...) ele tem dificuldade de relacionamento interpessoal, familiar, trabalho, estudo, com o tempo ele começa a evitar isso pra não enfrentar novas derrotas.

ET3 (...) aqueles [usuários] que tem um nível de escolaridade maior (...) eu consigo um resultado maior. Nos que não tem uma bagagem muito alta é difícil trabalhar com eles (...).

Os instrumentos:

EA4 Teve uma sensibilidade de perceber o que era importante pra aquele momento, a pessoa veio com um pedido e a gente conseguiu observar o quê fazer, dar conta daquele pedido (...).

EA6 É muito mais do que a gente já fez também (...) grupo de família (...) projeto social (...) posto de saúde (...) me ajuda de alguma maneira a ver as pessoas (...) além do que aquela pessoa está trazendo, às vezes até mais práticas, mais objetivas (...).

EA10 (...) eu cheguei [no CAPS] com um conceito de que trabalhar saúde mental é simplesmente atender o paciente, num contexto psíquico e medicá-lo (...) o que eu vejo hoje no CAPS é essa diferença, eu acho que a gente pode fazer uma abordagem muito ampla (...).

EB3 Eu sou obrigada a ler todas as instruções normativas da previdência social (...) ter pelo menos uma noção daquilo que está acontecendo, daquilo que a previdência te possibilita naquele momento, da validade daquela instrução normativa.

EC6 [Utilizei] minha experiência de ter acompanhado pacientes e familiares (...).

EC7 Eu usei basicamente o que eu conheço (...) sobre relação de familiares e pacientes, particularmente de pacientes psicóticos.

EC9 E claro, [utilizei] o conhecimento técnico, de psicopatologia, farmacologia, isso é o trivial.

ED7 (...) [utilizo] principalmente a psicanálise. É o recurso que eu uso nos grupos, é o meu referencial teórico, é como eu enxergo as situações, é totalmente por esse prisma.

ED8 O conhecimento da psiquiatria, de medicação, mas eu acho que num CAPS fica restrita só a questão da medicação (...).

ED9 (...) a mola que me ajuda a conduzir os casos é bem pelo prisma psicodinâmico.

EE5 (...) as atitudes que eu for tomar, todas as situações que eu ver, eu vou ter que parar, segurar um pouco, buscar o que aprendi aqui [no CAPS], porque agora eu já aprendi até bastante coisa (...).

EE13 Eu aprendi [no CAPS] que existe uma outra linha de trabalho que eu tava muito distante e que eu realmente não conhecia (...).

EE15 O conhecimento que eu usei naquele momento foi o conhecimento de vida (...) de respeitar o outro (...).

EF2 É a noção de poder pegar o discurso desse sujeito (...) da estrutura à constituição do discurso delirante desse sujeito e tentar a partir disso, construir possibilidades pra ele.

EF5 (...) a atenção em princípio não é uma técnica (...) ela precisa na verdade ser reavaliada, ser reinventada a cada situação, dependendo da relação transferencial exercida na situação.

EF6 Quando a gente fala de atenção (...) quer dizer estar presente com o paciente, produzir algo nessa presença, produzir algo nessa relação (...) estabelecer um tipo de vínculo que dê alguma sustentação ao

sujeito.

EF7 (...) qualquer solução institucional ela por si faz dois movimentos. Um movimento de ajudar o sujeito e um movimento de manter o sujeito na mesma posição de doença (...) a gente trata o sujeito, mas dentro desse tratar a gente estabelece uma relação de dependência (...).

EF8 Em termos de instrumental teórico basicamente a psicanálise e alguma coisa que vem da linha da crítica da psicologia social.

EF9 Pensando nesses atravessamentos do dentro e do fora, dentro dos mecanismos institucionais (...) vou pensar tratamento muito a partir dessas relações (...).

EF11 Conhecimento a gente usa muitos, mas são conhecimentos da sociabilidade, são conhecimentos da nossa vida (...).

EF12 (...) ela [usuária] constrói muitas teorias, muitos conhecimentos, mas que são próprios dela e que o tempo inteiro eu me vejo operando sobre aquele tipo de conhecimento, o conhecimento que ela traz (...).

EF13 Pra mim o conhecimento é o modelo teórico que embasa a sua prática, então eu quero produzir esse efeito, como é que eu vou fazer pra chegar do A até o B, eu tenho um modelo que diz que a minha ação vai ser pautada assim, assim, assado. Nesse sentido eu estou definindo conhecimento.

EG4 [Utilizei] (...) a habilidade de entrar dentro da loucura da pessoa e convidá-la a investigar um outro lugar (...) todos os recursos que eu aprendi, que você pode usar na relação médico-paciente (...) psicanálise que é a grande ferramenta da medicina pra fazer isso.

EG5 (...) é possível localizar [em] Freud (...) a criança sozinha (...) vai criar o espaço das identificações imaginárias (...) os artistas não abandonam esse espaço, então cai no campo da arte por causa disso (...) essa é a condição de existência do sujeito (...).

EH4 (...) toda bagagem teórico-prática que a gente tem (...) por mais teoria que a gente tenha, quando a gente está lá na prática a gente vai lembrar de outras situações (...).

EH5 (...) eu tive uma formação extremamente marxista, que dá uma visão de homem, uma visão de mundo muito clara, muito crítica da nossa sociedade (...).

EH6 (...) eu estou me especializando na sistêmica [terapia familiar] (...) vai enxergar o sujeito como um sujeito social, que vai considerar a família como sendo um sistema, que esta dentro de outro sistema, que aí considera o cultural, o religioso, o político, o social (...).

EH7 Eu tenho a minha formação básica que é no marxismo e a minha especialização que é na teoria sistêmica, mas eu empresto, e muito, tanto da psicologia e da psicanálise, como da reabilitação psicossocial (...).

EI2 (...) atendo em grupo e alguns individuais, e no grupo é muito legal poder tá pensando nisso num todo (...) que não é uma psicanálise (...).

EI4 (...) eu estou aprendendo (...) acho que é aqui [no CAPS] que eu to aprendendo, na prática e na literatura que eu to pegando daqui, é com vocês que eu estou aprendendo.

EI5 (...) minha bagagem teórica também me ajuda (...) a psicanálise que me dá um pouco de segurança.

EI6 Eu tenho pensado na psicanálise, tenho pensado em Winnicott (...) cai como uma luva na clínica mais difícil, na clínica mais contemporânea.

EI7 (...) o contato com [o serviço de] álcool e drogas também me ajudou muito a trabalhar.

EI8 (...) é um conhecimento da vida, da prática, do contato, do que a gente tem, todo mundo tem, em algum momento a gente já se sentiu um pouco excluído (...) acho que isso me ajuda com eles [usuários].

EI9 Acho que é um conhecimento da vida (...) de escutar, de dar carinho, de amparar (...) e isso é da vida.

EJ7 (...) se eu fosse tentar formalizar o que eu li (...) eu pensaria um pouco mais na linha psicológica, voltada pro lado analítico (...).

EJ8 (...) [o] modelo diagnóstico, modelo químico (...) é uma referência, mas tem um peso, na minha impressão pessoal, talvez muito menor.

EK9 (...) eu não nasci assim com essa visão e com essa conduta, eu já fui um mediquinho autoritário (...) já desaprendi tudo isso nesses 25 anos [de formado], mas acho que a partir de uma colcha de retalhos, eu não consigo precisar alguma coisa específica nisso.

EK10 Acho que teve muita supervisão.

EK11 Eu quero fazer uma leitura do que está acontecendo, pra além do que está acontecendo (...) já estudei um pouquinho de Freud, um pouquinho de Klein, já faz parte de um arsenal meu (...)

EK12 Eu sou uma pessoa que gosta muito de arte de um modo geral, música, pintura, escultura, poesia, contos (...) tem muito disso nas coisas que eu faço.

EL10 (...) teve um conhecimento propriamente psiquiátrico nesse caso, mas como a minha formação tem uma visão um pouco mais de tratar o indivíduo como responsável pelas suas atitudes, não fica só voltada ao sintoma, mas fica numa dinâmica (...).

EL13 (...) o trabalho nuclear da família, surgiu uma forma de conhecer na prática, a gente estuda a dinâmica (...) na prática teve um conhecimento disso (...).

EL14 Tem um outro conhecimento que é o conhecimento da relação, de você, da dinâmica do caso, você

com o paciente, você com a história toda que vai acontecendo com o tempo (...).

EL27 (...) tem um conhecimento longitudinal que eu acho que é diferente de quando eu comecei a lidar nesse tipo de serviço (...) vem com essas experiências todas adquiridas (...).

EM3 (...) eram extrações simples de raízes [dentárias], coisas que eu considero fácil de fazer tecnicamente (...) emocionalmente você tem que ter aquela disposição, esse é o diferencial de trabalhar como dentista num centro de atenção psicossocial ou trabalhar num outro lugar.

EM6 O que eu acho que eu mais utilizei foi a vivência de estar aqui [no CAPS] (...) em termos de odontologia, qualquer dentista acho que estaria preparado (...) mas nem todo colega (...) saberia entender aquele momento e trabalhar naquela situação emocional da maneira que eu trabalhei.

EM7 (...) a gente sabe que tem essa transferência do paciente com a gente (...).

EM14 (...) eu conto histórias pra eles [usuários], eu acho legal, estou fazendo curso [de contador de histórias].

M11 (...) comecei a estudar filosofia (...) pra poder tentar entender (...) porque algumas pessoas estão numa situação e outras não (...) eu uso um pouco da filosofia [no trabalho].

EN9 (...) [utilizo] a parte administrativa, queira ou não nos temos que fazer muitas contas pra fazer balanço de estoque (...).

EO2 (...) é um trabalho (...) é uma coisa que eu fui mudando muito desde que eu me formei, desde que eu comecei a trabalhar, eu acho que passei por vários momentos (...).

EO6 Eu acho que [os conhecimentos] tem a ver com a minha formação, da psicanálise, esse entendimento do que é um grupo (...).

EO7 (...) hoje eu penso totalmente diferente do que eu pensava da loucura porque eu acho que eu tenho uma formação que me permite mexer com isso de um outro jeito (...) eu sou a favor da formação e pensar o que você está fazendo.

EO8 (...) o que eu penso que é o direito das pessoas (...) pensar em inclusão e cidadania, é o que eu acho que qualquer pessoa tem direito, qualquer pessoa tem.

EP6 (...) tem toda a teoria (...) padrões de preparo [do alimento] e isso eu queria sempre estar orientando pra eles [usuários] (...) fui explicando pra eles (...) tinha que estar repetindo sempre, sempre repetindo, mas eles aceitaram muito bem (...).

EP11 Assim, eu procuro sempre me colocar no lugar das pessoas (...) eles [usuários] acabam assim tendo vc ali como referência (...) sempre acabei me colocando no lugar deles (...).

EP12 (...) [o conhecimento] que eu acho que também vem da vida, eu passei por muitas situações na minha vida, muitas dificuldades (...) hoje reflete aqui [no CAPS], estar entendendo um pouco, estar vendo, convivendo com pessoas como a gente convive (...).

EP13 Lógico que tem outras atuações aqui [no CAPS] como a parte de orientação nutricional (...).

EQ4 Eu tento (...) ir nessa linha voltada pra reabilitação mesmo, psicossocial, de seguir sempre essa visão de tentar inserir o paciente na sociedade (...).

EQ5 (...) supervisão de casos (...) às vezes eu leva pra supervisão também.

EQ6 Da parte clínica é essa que a gente tem como formação (...) a parte de medicamentos.

ER6 (...) trabalhar com o ser humano é poder trabalhar muito com a sensibilidade, eu acho que você está sempre olhando pra tua vida, podendo se colocar no lugar do outro, podendo se colocar no sofrimento do outro pra poder ajudar de alguma forma (...).

ER9 (...) a pessoa é produto de uma história (...) existe inconsciente, o sintoma tem um sentido (...) existe dentro de todos nós uma pulsão de vida e uma pulsão de morte, existe algo no nosso funcionamento psíquico que nos leva a ser neuróticos, psicóticos, então nesse sentido a psicanálise (...).

ER11 (...) o que eu entendo de reabilitação (...) o que eu posso trabalhar pra que essa pessoa [usuário] possa minimamente se sentir um cidadão na vida, acho que isso é reabilitação.

ER12 Eu acho que a própria prática é um super conhecimento (...) a gente vai conhecendo um monte de coisa (...).

ES6 (...) pra fazer o diagnóstico você tem que utilizar o conhecimento médico mesmo, técnico-médico, técnico-psiquiátrico (...) aí é a base.

ES9 (...) você lida com a questão da transferência, da contra-transferência a todo momento, isso não é da psiquiatria assim estrito, é mais até da questão psicológica (...).

ET5 Tem bastante referência na psicologia cognitiva (...) a forma da pessoa se adaptar ao quadro da doença, com o tempo, condiciona uma visão de mundo que realimenta o problema (...) é toda uma conduta aprendida pra lidar com a doença, que prejudica a adaptação (...).

ET6 (...) tem que ter muito bom senso, tem que saber a hora, tem hora de crise (...) hora de crise não dá pra trabalhar certos assuntos.

ET11 Eu lanço mão de uma formação humanística (...) ciências sociais, geografia, economia (...) tem que entender bem a natureza química das coisas, entender bem a fisiologia (...).

ET13 As religiões onde as pessoas estão inseridas eu sempre lanço mão (...) a religião como cultura, valores, hierarquia (...).

EU6 (...) a prática (...) pronto socorro de psiquiatria, ambulatório, hospital dia, CAPS, até mesmo hospital psiquiátrico, eu acho que tudo isso me ajudou muito na minha formação (...).

As finalidades dos processos de trabalho:

EB4 (...) conversar com o paciente, perceber nele aquela insegurança, aquele temor, e você querer colocá-lo numa situação mais confortável (...).

EB6 (...) toda essa condução [do CAPS] (...) desencadeou um processo que coloca ele como paciente um pouco mais estável (...) evita algumas coisas, maiores sofrimentos (...).

ED4 Valorizar o lado que esta saudável, o lado que dá pra pessoa se organizar, cuidar da própria vida (...) circunscrever um pouco o que está atrapalhando (...).

ED6 Tentar ver que ele [usuário] pode canalizar a psicose dele por alguma outra via ou pode conviver com ela (...) o que interessa é ele dar seguimento ao projeto pessoal dele, enfim, seja lá qual for.

EE3 (...) quando ele [pai] ofereceu o diário pra mim (...) eu entreguei na mão dela [usuária] e disse: 'Isso te pertence e eu só vou saber o que tem aí dentro se vc permitir.' Minha intenção era ser coerente com ela, um mínimo, demonstrar um mínimo de respeito (...).

EF20 (...) noção de atenção é noção que vai construindo possibilidades pro sujeito, te faz ficar atento, faz o sujeito ganhar atenção sobre a sua própria situação de vida (...).

EG3 (...) ela [usuária] podia ter um outro trabalho (...) podia trabalhar horas com estamparia e ter um outro tipo de remuneração (...) o que eu entendo do tratamento que eu faço é tentar achar esse espaço.

EJ3 A idéia que eu tenho é que a gente possa mudar o curso da doença mental.

EK3 (...) o patrimônio do CAPS (...) é a clientela (...) tem consciência de muitas coisas, cobra os direitos (...) isso é uma resposta a uma forma de gerenciamento, a uma forma técnica de condução que levou essas pessoas a esse estágio de compreensão (...).

EL15 (...) você vê um resultado, você vê um processo que acontece (...) a relação desse rapaz [usuário] com a equipe, com a vida dele, com a gente, ela mudou (...).

EM15 (...) é um paciente que trata de um distúrbio grave (...) precisa ser atendido de uma maneira especial, então justifica ele ter vindo pra cá [consultório odontológico do CAPS].

EN6 (...) muitas pessoas [usuários] vem aqui só pra pegar o remédio (...) tem todo um trabalho pra ser desenvolvido entre o paciente e médico, a família do paciente e médico, como recuperar, como fazer esse paciente não ser internado (...).

EO13 (...) essa intervenção é no sentido de estar podendo mostrar pra ele [usuário] que ele tem essa possibilidade (...) de se fazer entender (...).

EP18 (...) algumas pessoas vêem [o trabalho] como só um projeto de reinserção, eu acho que não (...) é terapêutico pra eles sim, ter que vir até aqui, acertar o horário, assinar o ponto (...) só dele sair de casa, tomar um ônibus, chegar aqui, ver os colegas, eu acho que isso já é terapêutico, é o lado terapêutico do trabalho.

EP19 (...) [no projeto trabalho] a gente esta treinando o usuário pra ele voltar a estar atuando na sociedade, como um profissional, como um funcionário de cozinha (...).

EQ9 Nessa parte aí de projeto de trabalho (...) fazer essa pessoa [usuário] se tornar útil novamente, ajudar ela a se reconhecer que pode estar sendo útil, estar fazendo algum tipo de atividade (...).

ER1 Eu diria que o meu grupo foi uma maior possibilidade de observar o andamento, a evolução dos pacientes (...) eu acho que em termos de sustentação, é uma coisa que surgiu e ficou (...).

ER4 (...) a [usuária] P, que era uma paciente que vivia a vida toda dela sendo internada pela mãe, de repente, os quatro anos que ela frequentou o grupo, ela nunca mais foi internada (...).

ER5 (...) ela encontrou um espaço [grupo] que era dela (...) ela voltou a de alguma forma se relacionar, conseguiu tocar piano em alguns lugares, que ela é pianista.

ER15 (...) você inicia um tratamento com um paciente em crise (...) você percebe que essa pessoa se estabilizou a ponto de poder andar pelas ruas, conviver, circular, sem ser olhado como louco, acho que isso já é um grande objetivo (...).

ET1 (...) quando eu estou na triagem eu já inicio uma abordagem, ela não fica só colhedora de dados (...) eu sempre procuro estender, as triagens sempre ficam longas (...)

EU2 (...) eu vejo o paciente praticamente toda semana (...) eu vejo os pacientes melhorarem mais rápido aqui no CAPS e a maioria deles com pouca medicação (...).

ANEXO VII

Frases temáticas da categoria empírica: a compreensão da política de saúde mental

EB9 (...) na política de saúde mental ocorreram várias conquistas, só que os órgãos governamentais (...) nem todos acompanharam e nem todos tem a mesma leitura (...) o paciente vai até lá [INSS] (...) é tratado como uma coisa qualquer (...).

EB11 (...) tem uma política de saúde mental (...) mas você não tem por parte da sociedade como um todo, um conhecimento efetivo dessa política (...).

EC13 (...) outras políticas públicas, de acolhimento de pacientes em trabalhos de formas um pouco mais regulares (...) uma lei que obrigue, de modo a acolher e empregar diversos tipos de pacientes (...).

ED14 Pelo que eu entendo da política de saúde mental (...) da pessoa poder desenvolver as suas potencialidades e poder adquirir autonomia, conseguir conviver com seu problema mental (...).

EE8 (...) da maneira como a gente está fazendo a política mental hoje, eu acho que eu agi com a linha, ela [usuária] é uma cidadã, ela merece respeito, ela merece ser reinserida (...).

EF17 Acho que o modelo ministerial da portaria [de CAPS] é um modelo interessante, mas é um modelo de lei (...) idealizado, que produz um avanço tremendo sobre o que tinha sido antes, mas ainda que precisa vir e mostrar como é que funciona aqui na prática.

EF18 A política (...) tem que se haver com a necessidade ética de manutenção da atenção à saúde mental.

EF19 Uma das grandes dificuldades que a gente tem aqui [é] (...) pensar a relação com a cultura (...) isso vira uma questão da saúde mental, mas acho que essa é uma questão da cidade que deveria ser debatida na prefeitura da cidade, no estado da cidade, nas dimensões políticas, na câmara, na saúde pública, na economia, no trabalho, na cultura (...).

EG7 As políticas de saúde, as políticas públicas do Brasil, são do Brasil oficial que ignoram em gênero, número e grau o Brasil real (...) são absolutamente ineficientes. Não começam em lugar nenhum, não terminam em lugar nenhum.

EG8 (...) [existe] uma ONG que atende 200 crianças. (...) todo mundo lá é superbem remunerado (...) só tem experiências no Brasil, dessa qualidade, numa privatização do público.

EH10 (...) enquanto serviço de CAPS (...) tem que ter modelo substitutivo (...) a gente tá cumprindo minimamente com o que diz a política de saúde mental (...).

EH11 (...) a política (...) não cumpre com o seu papel que é de ter de fato serviços substitutivos pra gente evitar internações (...) falta ambulatorios de especialidades, falta uma rede mais ampliada que dê conta de casos mais leves (...) pouca contratação de profissionais, pouco investimento em outros serviços (...) quando a gente precisa da rede dessa política mais ampla, ela tá no papel (...) não faz parte do nosso cotidiano.

EH12 (...) existe uma coisa que é um pressuposto do que tem que ser (...) o que falta é a prática, efetivamente essa política de saúde mental e de saúde geral como um todo funcionar.

EI13 (...) a questão da política aqui [no CAPS], parece que esta de um lado a política, do outro lado o que a gente faz (...) tem um problema aí, entre saúde mental como um todo, a secretaria, nós, acho que tem alguma coisa esquisita aí.

EI14 (...) [o CAPS] é (...) isolado (...) na medida em que você precisa dessas articulações com a rede pra ampliar o projeto, pra ampliar a questão da política de saúde mental, então é um problema.

EJ13 (...) cabe à sociedade, e isso foi previsto pela nossa constituição, que os mais capazes vão ter que olhar um pouco pelos menos capazes, a gente vai ter que ajudar, a gente vai ter que criar opções [para os usuários].

EJ17 A política de saúde mental (...) talvez precise (...) integrar mais a comunidade, porque também não adianta você criar um belo de um sistema dentro da rede de saúde mental e você ter a comunidade um pouco mais afastada.

EJ20 (...) deveria ter como política pública que o CAPS é um lugar a ser acionado em meio a tantos outros (...) envolveria muita gente em torno (...) mas faltam outras ajudas, se o PSF estivesse mais atento, a vizinhança, a comunidade como antigamente.

EK16 (...) eu acompanho a luta antimanicomial (...) hoje nós estamos numa fase boa de conversação (...) 30% dos recursos já estão sendo destinados pra CAPS (...) nós estamos tendo um avanço (...) acho que é uma coisa que não tem volta (...).

EK18 (...) você percebe uma impregnação desses valores que vem da gente, do povo da saúde mental (...) a mídia está mais sensível, a denúncia, você tem mais espaço (...) também na contensão (...) da indústria da loucura nós evoluímos.

EK19 (...) nossa luta está prosperando, mas a gente é muito doméstico, muito pouco eficiente (...) o que mais tá ruim pra mim é isso, a falta de organização do nosso movimento (...) esse movimento que eu faço aqui [no CAPS], eu faço lá fora e acho que nós somos multiplicadores natos (...) a gente não é político, a

gente não decide (...) mas a gente pode influenciar (...) essa é a forma pra mim do CAPS ir pra rua, levar os nossos valores, os nossos princípios (...).

EL22 (...) dando exemplos práticos, você não tem viatura (...) falta remédio, faltam várias coisas (...) cada lugar tem seus problemas (...) os salários são baixos, as dificuldades são grandes (...).

EL24 (...) como política ainda tá muito distante, essa bandeira de dizer que os CAPS são serviços de modelo e na verdade eu acho que eles não são, porque não tem investimento (...) as pessoas fazem muito porque algumas tem mais experiência ou tem uma visão mais particular ou vieram na história aí formando esses serviços (...).

EL25 (...) tem falhas (...) principalmente em relação a rede, a rede de quando o indivíduo não tá em surto, não tá em crise (...) um ambulatório ou até serviços aí de comunidade, os centros de convivência, tá tudo muito (...) longe de uma coisa realmente articulada.

EL26 A questão do trabalho (...) pensando aí no trabalho como inserção social (...) eu acho que não tem lugares pra isso, eu acho que faltam cooperativas, investimento, parcerias e tal.

EM21 (...) dentro da política de saúde mental a gente tem que estar articulado (...) com a rede (...) querer que eles [usuários], de livre e espontânea vontade, vão procurar um outro serviço (...) fica meio difícil (...) a gente tem que articular, pelo menos fazer essa articulação pra eles (...).

EN2 (...) temos uma grade de [medicamentos de] saúde mental (...) nós ficamos às vezes sem alguns medicamentos (...) medicamento de alto custo que às vezes falta e não deveria faltar.

EN4 (...) o meu pedido mensal [de medicamentos] eu faço pela internet, eu não tenho internet (...) deu um problema aqui nos computadores (...) como é que eu vou fazer um pedido via internet se eu não tenho?

EN14 (...) eu não diria só saúde mental (...) eu acho que o governo deixa muito, mas muito a desejar.

EN17 (...) tudo se resume numa vontade política, uma vontade real, séria (...) quero melhorar, então, eu vou dar estrutura pros profissionais, um salário mais condigno (...).

EO15 (...) a política fala o tempo inteiro da intersetorialidade (...) não é que você vai se desresponsabilizar de uma pessoa, mas essa pessoa não vai ser só sua [do CAPS] (...) isso se prevê na teoria da política de saúde mental, eu não consigo enxergar que isso esteja acontecendo (...).

EO16 (...) eu sou da turma dos pessimistas, mas as coisas das OS [organizações sociais] (...) não existe, eu sinto, um comprometimento muito do público ou do que é público, em manter, em fazer com que isso [o trabalho] seja sustentado.

EO17 Eu acho que [saúde mental] não é uma prioridade (...) [o governo] vai ficando com o que é mais interessante, não sei pra quem, não [é] pra população.

EO18 Porque na verdade [a política] aponta enquanto teoria, não aponta na prática.

EP17 (...) o que a gente faz é um trabalho terapêutico (...) e reinserção social, que acho que esta dentro da política de saúde mental.

EQ11 (...) a política visa agora você evitar o máximo de internações, não deixar esse paciente se cronificar dentro do hospital (...) dando suporte pra que esses familiares consigam conduzir a pessoa mesmo durante a crise, sem que ela precise estar num local totalmente fechado.

EQ14 (...) [se] funcionasse de acordo com todo o conceito mesmo do que é um CAPS, acho que poderia evitar sim internações, ou cronificação ou outro tipo de empecilho pro tratamento (...).

EQ15 (...) eu acho que tem que ter um local (...) dentro do hospital geral, mas desde que também se fizesse um trabalho de orientação, porque não adianta também a gente falar [que] o responsável é o hospital geral, se as pessoas lá dentro não estão preparadas (...).

EQ16 (...) tem toda essa política, mas não tem um preparo da sociedade (...) as pessoas não estão preparadas (...) muito legal essa política desde que se faça um preparo (...) orientação mesmo, do que é a doença, de como essa pessoa tem que ser tratada (...) na própria sociedade (...) se a gente preparar elas [usuários] pra fazer algum tipo de atividade fora as pessoas tem que estar prontas a receberem.

ER16 (...) do que está escrito no papel, eu vejo uma grande distância (...) os princípios, algumas coisas da política de saúde mental, é distante porque a gente trabalha com variáveis muito adversas.

ER21 (...) entre a política e a prática tem um abismo enorme (...) é bonito no papel, agora a questão da exclusão ela é muito maior (...) ela é de todos, ela nos rodeia o tempo todo (...).

ER22 (...) vai entrar uma universidade aqui [UNIFESP] que não vai querer saber da história de ninguém (...) essa é a fantasia que eu tenho, a gente é engolido (...).

ES11 (...) dentro dessa política (...) eu acho que os CAPS (...) eles dão assim atenção aos casos de maior complexidade, que envolvem mais profissionais (...) eu acho que funciona bem (...) os CAPS conseguem dar conta, eu acho que o que acontece são problemas intrínsecos com esses casos (...) não é da política de saúde, eu acho que é dos casos específicos que são mais graves.

ES14 (...) o psicótico (...) vem pro CAPS, começa uma série de trabalhos, se estabiliza (...) vai devolver pra unidade básica, teoricamente deveria, mas e se ele se desestabilizar (...) em termos clínicos eu tenho minhas dúvidas, de verdade, não sei.

ET24 (...) o CAPS parece uma coisa à parte (...) os outros aparelhos ou serviços não acompanham (...) não

conhecem bem o CAPS (...).

ET26 (...) política é quando você quer atuar (...) a gente esta meramente recebendo pessoas e devolvendo pessoas (...) a gente tem um porque, mas não tem um pra quê, que é a política (...) definiram o quem vai fazer o quê, aonde e até como, mas não definiram pra quê (...) não se sabe muito bem (...) não tem critério, é um critério subjetivo (...).

ET27 (...) não há interação com assistência social (...) a secretaria da assistência social também não conhece a fundo a realidade do doente mental e o quanto era importante conhecer pra que ele se insira (...).

ET28 (...) essa absorção [do CAPS] pela UNIFESP, qual a finalidade? (...) isso é falta de política mesmo (...).

EU10 A impressão que me dá, quem realmente faz a política de saúde mental no Brasil e no mundo, nunca ficou na linha de frente, nunca atendeu, nunca atendeu usuário, familiar, porque é lindo na teoria, mas na prática não funciona, põe alguma coisa lá que está fora da realidade.

EU11 (...) eles vão fechando os hospitais (...) criam os ambulatórios, esse paciente que esta por 20 anos num hospital não vai aderir a um ambulatório (...) as residências terapêuticas (...) não vão conseguir absorver esse pessoal que está internado (...) o psiquiatra no postinho de saúde [UBS] também não é o ideal (...) são poucos (...) vão criando poucos CAPS pra atender toda a população.

EU12 Eu sou super contra o hospital psiquiátrico (...) tinha que realmente abrir mais leito em hospital geral (...) nossos colegas [médicos] tem o maior preconceito (...) não gostam de paciente psiquiátrico, não gostam de psiquiatra e não querem saber de doentes psiquiátricos em hospital geral (...).

EU13 Eu acho que eles deveriam colocar as UBSs dentro dos CAPS, uma coisa bem ligada (...) nesse postinho onde eu estou (...) sinto um preconceito, eu não posso falar com o pediatra, com o clínico (...) se eu estivesse num CAPS onde eu pudesse trabalhar junto, trocar informação, dos pacientes, fazer um trabalho mais vivo, eu acho que seria o ideal (...).

EU14 Aqui, por exemplo, era pra ser um CAPS 24 horas, fala da teoria e da prática, mas ninguém consegue fazer esse lugar virar 24 horas. O quê acontece?

EU16 (...) a política também é um kit, pronto, é só aplicar, simples, e a gente que esta na linha de frente mesmo vê que não é.

ANEXO VIII

Frases temáticas da categoria empírica: o modelo de atenção CAPS

As concepções da atenção:

EA3 Eu percebo que a gente traz muito o indivíduo aqui (...) a gente não consegue dar conta desse espaço fora da pessoa, a pessoa fora do CAPS (...) é quase como se a gente negasse o que acontece lá fora.

EA11 Eu acho que (atenção) é a gente permitir uma escuta que estabeleça um laço entre a vida da pessoa fora daqui (do CAPS) e a vida da pessoa aqui dentro.

EB7 (...) [o usuário] continua tendo o problema dele e ele continua tendo a questão previdenciária (...) a parte clínica (...) caminha junto com a outra parte que aí no caso é a questão da previdência social.

EC14 Eu tenho que aconselhar um pouco esses dois [usuário e mãe] e tentar fazer com que ele tenha uma aderência ao tratamento e que ela também não boicote (...).

EF3 Tenho a idéia de que atenção tem muito mais a ver com uma certa integração e com uma certa divisão com o sujeito pela responsabilização dos sintomas dele.

EF4 Eu acho que essa história com o [usuário] L, que foi obrigando a gente a ter o tempo inteiro que reinventar o tipo de atendimento, o tipo de oferecimento que a gente vai fazendo com ele, eu acho que é um exemplo, um modelo de atenção (...).

EF21 A atenção à saúde mental, ela não é só aquela atenção fragmentada, imobilizada, de uma visão técnica (...).

EI1 (...) o que eu identifico só aqui [no CAPS] (...) é essa questão (...) de poder pensar no ser humano num todo (...).

EJ2 (...) ela [usuária] pode falar (...) a gente tem conversado cada vez mais e intentado aquela visão médica ortodoxa o menos possível.

EL2 (...) a queixa vinha mais por parte da família (...) a gente fica naquela posição de fazer a escuta de todo o contexto (...).

EL7 (...) teve uma intervenção que passa pela diminuição dos sintomas, passa por evitar a internação (...) também passa de trabalhar com ele [usuário] uma outra questão que é a dinâmica familiar, questões outras aí dele com a sociedade, onde ele mora, o território, o condomínio (...).

EM18 (...) eles [usuários] têm necessidade de atendimento inclusive de saúde bucal, na grande maioria eles estão numa situação de saúde bucal muito ruim (...) está tudo ligado, é impossível a gente separar (...).

EN3 (...) deveriam ver a saúde mental não só como comprimidos, mas também os [medicamentos] injetáveis, porque uma enfermagem [no CAPS], com certeza, precisa injetáveis em várias ocasiões (...).

EN12 (...) eu acho que a família tem que se integrar (...) às vezes a família esta distante, por isso que a família é importante vir e participar (...).

EN15 “Eu quero o médico”, mas não adianta só o médico (...) há todo um contexto (...).

EP7 (...) quando eu cheguei [na lanchonete do projeto trabalho] eu falei pra eles: ‘A minha proposta não é fazer, é ensinar vocês’.

EP8 (...) eu colocava a mão na massa sim e eu percebia que eles [usuários] iam encostando (...) eu falei: “Não. Isso não é a proposta do trabalho.” (...) eu estou ali acompanhando, orientando, sempre do lado e tal, mas fazer muito pouco (...).

EP20 (...) [os usuários] nem fazem muito o que a gente espera [no projeto trabalho], mas eu sei que é importante ele estar aqui, só dele sair de casa, tomar um ônibus, chegar aqui, ver os colegas, eu acho que isso já é terapêutico, é o lado terapêutico do trabalho.

EQ2 Você esta sempre em contato com famílias, tentando amarrar o tratamento com a situação dele em casa, com a situação social dele (...).

EQ3 (...) precisou conversar com a mãe e esperar essa irmã e orientar algumas coisas (...) a gente necessita de quem esta próximo [do usuário] pra ajudar (...) quem vai fazer isso, na verdade, a parceria com a gente, é o familiar (...).

EQ13 (...) eles [familiares] já tem as dificuldades [econômicas], então, se a gente não dá um mínimo de orientação ou até de encaminhamento pra que aquela pessoa [usuário] (...) receba algum suporte de pensão, a pessoa [familiar] fica desesperada e abandona (...).

O CAPS e seus objetivos:

EB5 A solução muitas vezes não está no CAPS. Cabe ao CAPS tentar encaminhar da melhor forma possível (...) faz parte dos objetivos do CAPS, você tentar organizar, conduzir, fazer até com que a pessoa [usuário] participe desse processo (...).

EB8 Eu vejo assim: nós temos todo um histórico de um paciente (...) podemos preparar isso de uma maneira clara e objetiva, encaminhar a quem de direito, pra que as coisas fluíssem de uma maneira mais

salutar para o paciente.

EC10 (...) eu não gostaria de ver um paciente morando na rua (...) o CAPS poderia ser um pouco mais ativo quanto a isso, mas eu não sei, a realidade é outra que a gente enfrenta.

EC12 (...) ele [usuário] não tem uma coisa de trabalho (...) poderia ter uma renda (...) um emprego (...) eu não sei se esses projetos dos CAPS conseguem dar conta disso.

ED12 (...) [O objetivo é] promover inclusão (...) o que é possível ela [pessoa] conseguir dentro do que ela quer (...) resgatar projetos possíveis pra essas pessoas.

ED15 (...) aqui [no CAPS] eu acho que a idéia é muito mais ampla (...) a medicina é um dos pilares da questão, mas não tem só este pilar, têm outros.

EE7 Eu acho que o objetivo no tratamento é acolher (...) oferecer ajuda até o final (...) abolir qualquer coisa mais agressiva que venha nos trazer (...) pra trás da reforma.

EF14 (...) o CAPS (...) tem muitas personalidades. Tem uma personalidade que é aquela projeção do Ministério, da política de CAPS (...) um [outro] CAPS que vem de um ideal de quem estava aqui antes, que construiu e que tem uma história afetiva, que tinha um modelo e que construiu um projeto. E existe o CAPS que funciona agora um pouco baseado em muitas premissas ao mesmo tempo, mas vejo sem unidade.

EF15 (...) a questão que volta o tempo inteiro é: ‘A gente vai existir, por quanto tempo?’ (...) exatamente por toda transformação que a gente vem passando (...) a gente está com os objetivos muito reduzidos a uma estratégia de sobrevivência (...) uma coisa fragmentada, talvez tenha que questionar até a multidisciplinaridade (...) cada um se ocupa de uma parte do objeto (...) funciona no dissenso, funciona na separação, funciona de certa maneira na divergência, no conflito, ou não funciona, mas que vai se mantendo por isso.

EF16 (...) tem a ver com o CAPS produzir uma atenção onde o sujeito tem que ser ouvido, onde o sujeito tem que construir possibilidades de caminhos (...).

EG6 O CAPS é um ambiente e faz um ambiente de suporte pra que o sujeito aconteça, é isso que eu falo da clínica (...) eu acho que o CAPS, no final das contas é isso (...).

EH9 (...) é o papel de um CAPS (...) a missão de um CAPS na assistência (...) enxergar o sujeito além da sua doença clínica, enfim, além de seu diagnóstico.

EH13 (...) o CAPS surge com a proposta de ser um serviço substitutivo a uma internação psiquiátrica.

EH14 (...) [O CAPS] surge com a proposta de intervir multiprofissionalmente nas várias frentes de condição de sofrimento do sujeito (...).

EI10 (...) responde aos objetivos do CAPS (...) enquanto uma clínica ampliada, enquanto um programa de reabilitação (...) na questão da inserção na sociedade.

EI12 (...) eu penso que os objetivos [do CAPS] tem a ver com a clínica ampliada (...).

EJ12 (...) a gente percebe que existe um cotidiano desse tipo de pessoa [usuário], existem alterações importantes dentro da condição familiar, uma série de dificuldades de adaptação, o CAPS nem sempre consegue fazer a reabilitação (...).

EJ14 O CAPS pode ter uma atuação muito importante na rede, pode coordenar muitas unidades entre si (...) CECCOs, ambulatórios, ambientes hospitalares, ele pode integrar muitas coisas (...) depende também de uma organização, de uma parte tática, técnica, de atendimento que a gente deveria coordenar.

EJ18 A gente sente que aqui [no CAPS] em especial, a gente tem um pouco de distância dos nossos ambulatórios, os PSFs (...) o que a gente vê na prática é que serviços ambulatoriais fazem um negócio totalmente isolado.

EK4 (...) um paciente cantando e não sendo importunado (...) ela estava cantando livre, leve e solta, lindamente por sinal e coisas assim que acontecem no CAPS que eu acho qualificam o trabalho no CAPS.

EK6 Acho que pra mim o CAPS tem um pouco a ver com (...) resgate de cidadania, de respeito, de uma relação transparente.

EK13 (...) o objetivo do CAPS é a reconstrução do sujeito (...) remodelar alguns modelos de funcionamento, fazer com que mude algumas formas de percepção e de atuação.

EK14 (...) respeitar o usuário, acolher a diferença dele, dar espaço pra que ele se expresse, respeitar essa expressão diferente (...) fazer com que ele acredite que isso é importante, que isso tem um sentido, que isso tem um valor (...).

EL16 Eu acho que tem uma coisa [nos objetivos do CAPS] que é o senso comum (...) dar um suporte mais humanizado (...) construir alguma coisa que seja um processo dito terapêutico que não vá cair numa repetição de crises ou de internações ou de sofrimentos.

EL17 (...) as pessoas [trabalhadores] por terem cada uma a sua formação e as suas diferenças, às vezes acabam utilizando uma coisa de modelo geral para querer justificar uma coisa pessoal de um desejo e colocar a sua prática individualizada como se fosse o objetivo do CAPS (...).

EL18 (...) tem objetivos do CAPS que são senso comum e tem outros objetivos do CAPS que (...) o próprio CAPS ainda não conseguiu entender melhor pela diversidade, pela dificuldade de lidar com seres humanos, pessoas, a rede, o serviço, toda a complexidade aí que existe.

EM5 (...) temos que reservar esse consultório [odontológico] pra casos graves aonde realmente em outros lugares não dá conta (...) não faz sentido o paciente que esta bem, que pode ir pra outro lugar ser atendido aqui.

EM16 Eu acho que o objetivo do CAPS é poder acolher (...) esse paciente e a família (...).

EN1 (...) se querem fazer aqui [CAPS] 24 horas, queira ou não, é necessário [medicamentos] injetáveis (...) aqui é de saúde mental, então eu acho que é básico vc ter alguns tipos de injetáveis pra fazer uso, até pelo pedido dos próprios profissionais da casa (...).

EO9 (...) falar desse modelo CAPS é uma coisa, construir isso eu não acho que é simples (...) o que é um CAPS, o que é um modelo CAPS, do que dá conta, o que não dá, o que a gente tem que fazer pra melhorar.

EO12 Eu acho que o papel do CAPS é estar próximo das pessoas (...) de você poder contemplar tudo o que as pessoas podem ser, toda a diversidade que é o ser humano (...).

EO14 (...) eu acho que esse é o papel do CAPS, desse lugar de ser um interlocutor entre eles [usuários] e o mundo.

EP14 Então, eu acho importante a gente estar preparando, atuando, acompanhando, tentando prepará-los [usuários] para talvez um mercado de trabalho que abrisse aí pra eles (...) a proposta de trabalho [enquanto] terapia, eu acho legal, responde [a este objetivo], mas pra outras coisas não.

EP15 (...) tem alguns [usuários] que até já estão preparados pra estar trabalhando fora, mas não tem essa oportunidade (...).

EQ8 (...) família é fundamental pra que a gente consiga esse trabalho de reinserção (...) acaba ajudando a chegar num dos objetivos [do CAPS] (...) por mais que você consiga do paciente (...) se ele não encontrar um meio que ajude também, favorável, ele não vai conseguir alcançar esse objetivo.

ER13 Quando você inicia um tratamento com um paciente em crise (...) percebe que essa pessoa se estabilizou (...) acho que já é uma ajuda, ou seja, ajuda de poder no mínimo evitar uma internação (...).

ER14 Se você, minimamente, ajudou ele [usuário] a vincular com a medicação, com o médico ou com alguém da equipe (...) proporcionar uma sustentação de tratamento, mesmo que mínima, mínima que eu digo é medicamentosa, acho que é um grande trabalho na nossa área (...) eu penso que o CAPS atinge até pouco esse primeiro objetivo (...) do tratamento (...).

ES4 (...) foi um trabalho multidisciplinar, porque envolveu várias pessoas, eu acho que é típico de CAPS.

ES10 Eu entendo que a função do CAPS não é só de um tratamento médico (...) mas também dele como pessoa e aí nisso entra essa coisa da reinserção social, de devolver pra sociedade (...).

ES13 Eu acho que foi oferecido [pelo CAPS] o que o caso exigia, eu acho que teve sim uma coerência tanto é que teve um bom resultado, foi um final feliz.

ET9 Quando eu vim pro CAPS e a natureza do CAPS, de atenção mesmo psicossocial, rapidamente eu percebi que aqui o trabalho teria que ser multidisciplinar (...).

ET15 (...) [o CAPS] já tem uma ousadia maior de querer encontrar o indivíduo em várias dimensões (...) tomar o indivíduo como capaz mesmo de se transformar (...).

ET19 (...) o acolhimento em si é muito burocrático às vezes. Eu acho que ali já devia ser terapêutico (...) já devia ter uma visão mais comprometida (...).

ET20 Tem vários [usuários] que estão aqui [no CAPS] há 20 anos, se aqui é de atenção psicossocial e não conseguiu em 20 anos qualquer grau de autonomia pra essas pessoas, então, houve alguma falha no projeto terapêutico, houve uma falha no compromisso da instituição (...) [se] o objetivo é atenção psicossocial (...) é uma coisa discursiva (...) no fundo não se percebe, não se sabe bem o que significa esse objetivo (...) o que significa recusar à pessoa voltar pro mundo dela, eu não posso deixar ela ficar aqui.

ET21 Eu entendo que o objetivo [do CAPS] é reintegrar o indivíduo (...) a marginalização psiquiátrica histórica é abolida com o CAPS (...).

ET25 Muitos problemas aqui [no CAPS] precisariam de um aparato, assistência social, fundamental pra moradia e outras coisas (...) a gente olha pro indivíduo como um todo, mas não pode tratá-lo todo, a não ser com um voluntarismo muito grande, pessoal nosso, de sair, de buscar (...).

ET34 O acolhimento fica muito restrito a isso, onde é o bairro, então, independente se é meu [do território] ou não, depois a gente encaminha. Mora no “caixa prego”, não importa, tá chorando (...).

EU4 (...) teve semana em que ela [usuária] vinha praticamente todo dia, vinha ela, vinha família, a família dela complicada, fui criando um vínculo com ela, então eu acho que essa é uma situação bem típica de CAPS (...).

A organização do serviço:

EK2 Num ambulatório você tem um compromisso de atender ‘trocentas’ pessoas, no mínimo espaço

possível, onde o compromisso é quase zero (...) produção em massa (...) não trabalha aquela situação específica, dá uma resposta clichê, uma atuação padrão (...) o CAPS permite essa abordagem individual, essa abordagem caso a caso (...).

EL19 Já vi casos (...) você tenta fazer esse modelo inicial de escuta, o cara não aparece mais, o cara fica internado e o CAPS parece que não dá conta (...) da minha experiência um pouco ambulatorial e do hospital geral (...) ele [CAPS] ainda é melhor do que esses instrumentos que eu experimentei (...).

EL20 Na enfermaria do servidor, eu via inúmeros pacientes que se reinternavam o tempo todo (...) não existia vida de indivíduo fora daquilo ou pelo menos a equipe não tava muito preocupada em saber do que era o depois da internação na enfermaria (...).

EM1 (...) como uma norma a gente atende só os pacientes daqui do CAPS (...) o consultório [odontológico] tem que ser aberto não só para pacientes do CAPS (...) porque não é só a parte técnica (...) tem que estar disposta em fazer aquele trabalho de uma maneira diferente (...).

EM4 (...) ele [usuário] foi atendido na Santa Casa e ele desmaiou (...) quando ele entrou na sala o que acontece, chega um professor, chega já um dentista com mais experiência e vem 3 estudantes (...) tecnicamente o que ia se fazer era simples, o rapaz não teve condição de agüentar aquilo e desmaiou.

EM19 Eu acho que todos [usuários] deveriam passar aqui na saúde bucal (...) fazer uma triagem, serem encaminhados (...) pras unidades básicas e fazer o tratamento lá (...) a gente tem que se articular (...) pensando na inclusão social desses pacientes que já estão preparados e deixar o consultório [odontológico] aqui [no CAPS] realmente pra os casos que não tem condição de ir pra UBS (...).

EN10 (...) na farmácia a gente percebe assim: 'Quem vai pra farmácia? Ah, esse [funcionário] não se deu bem aqui, não se deu bem ali, ou ele vai embora ou ele vai pra farmácia.' Acaba na farmácia e acaba atrapalhando (...) pelo que a gente tem [no CAPS] (...) tratar o paciente em todos os seus detalhes (...) a gente percebe que a farmácia não participa de nada disso.

EQ1 Eu acho que mais característico [do CAPS] é este acompanhamento (...) do paciente e do familiar, de toda a situação concreta dele. Na enfermaria [do hospital] fica durante um período curto, você dá assistência mais clínica e não tem uma atenção tão direta voltada pra situação dele social (...) você não acompanha posteriormente (...).

ER20 (...) nas instituições as reuniões são mecanismos de fuga (...) o próprio inconsciente institucional vai criando situações coletivas, que vai protegendo e distanciando a gente de entrar em contato com aquela dor [dos usuários], insuportável às vezes (...).

ES5 Em UBS muitas vezes você trabalha sozinho, o médico trabalha sozinho (...) é um trabalho solitário (...) no CAPS (...) pelo fato de você estar com outras pessoas e pelo fato de você ter esse espaço pra procurar, pra o paciente não só aquele contato médico, envolver outras coisas, família, então eu acho que é mais global (...).

ET18 O CAPS comete um equívoco (...) que é não ter um treinamento pra os que estão entrando (...) os objetivos do CAPS, eu senti pela prática (...) a minha leitura institucional é que me deu esses objetivos.

EU1 (...) [na UBS] o paciente eu vejo a cada 60 dias (...) não tem outro profissional acompanhando (...) demoram mais pra melhorar (...) não aderem direito ao tratamento (...) eu tenho que chumbar [de medicação] e eles não melhoram.

EU8 (...) [Na UBS] um paciente grave mesmo eu não tenho o que fazer (...) é muito limitado, é muito desgastante, faz várias consultas todos os dias, eu fico lá sozinha, não tenho uma psicóloga pra discutir um caso, não tenho uma equipe multiprofissional (...).

EU9 Eu tenho bastante instrumentos pra trabalhar [no CAPS], tem a equipe que ajuda, tem aquele projeto, tem uma rede que acaba prendendo mais o paciente, eu acho, na minha opinião que CAPS é o futuro pra esses pacientes (...).

ANEXO IX

Frases temáticas da categoria empírica: os trabalhadores do CAPS

O perfil dos trabalhadores:

EE12 (...) o profissional que se destinou a trabalhar na área da saúde [mental] ele teve que crescer muito pra fazer esse trabalho, que não é um trabalho fácil (...) todos os dias você encontra uma demanda diferente (...).

EK5 (...) existe uma postura em pessoas assim, que teoricamente não tem formação nenhuma (...) esses auxiliares [de enfermagem] que tem uma conduta extremamente adequada, que sabem manejar situações de crise (...) que tem esse cuidado, que tem esse tempo, que não chega ditando normas, que quer entender, dar espaço pro usuário falar, se manifestar.

EK15 (...) trabalhar em CAPS exige uma dose cavalgar de paciência e de acreditar (...) eu vou estar sempre levantando e sempre acreditando.

EM12 (...) quando a gente trabalha num lugar assim [o CAPS], ele propõe que a gente esteja sempre [se] questionando.

ER17 [Entre os profissionais do CAPS] tem de tudo (...) tem gente preguiçosa, tem gente indisponível, acho que tem gente mais disponível (...) o perfil de profissional de saúde mental, ele tem que ser muito bem estudado (...) tem que ter muita paixão pelo que você faz (...).

ET12 (...) o profissional de saúde, principalmente num CAPS, quer atingir o psicossocial, ele tem que ter uma formação vasta em tudo (...) tem gente, psiquiatra aqui [no CAPS] que é manicomial (...) tem psicólogo aqui que é completamente subjetivista ao extremo (...).

ET16 (...) [o CAPS] ainda é uma experiência nova, que lança pro profissional responsável um desafio (...) aqui você recebe um choque, se você estiver aberto (...) o dia a dia força a quebra de todos os estereótipos assimilados na faculdade ou nos outros serviços que são muito mais modelares assim, dentro da tradição.

ET29 (...) por mais que você tenha que seguir legislação [concurso público] era legal fazer um diálogo, você por o profissional que encaixa com o perfil da instituição (...) talvez alguém que veio pra cá não queria (...) se põe um [trabalhador] conservador aqui prejudica o trabalho do CAPS (...) tem pessoas que não vão mudar a postura, travam todo o nosso trabalho (...) tinha que ter um critério pra vir trabalhar aqui (...).

ET33 (...) alguns profissionais eu sei que tem perfil pro CAPS, outros podem ter perfil, mas não tem formação e outros têm formação e não tem perfil (...) tinha que estar bem claro pra o CAPS, função, objetivo, que profissional a gente espera (...).

O trabalho em equipe:

EA1 (...) eu vejo muita gente andar por aí [pelo CAPS], falar com muitas pessoas (...) não é isso que o psicólogo tem que fazer aqui (...) eu acredito que no atendimento [psicoterapia] é quando o profissional pode mais se sentir atuando (...) pro psicólogo eu acho que é o que tem de mais importante aqui dentro do CAPS (...).

EA7 O psicólogo não tem que ser só psicólogo, pode bancar meio que assistente social, o assistente social pode ser psicólogo (...) a gente pode ser tudo de acordo com a leitura que a gente tá fazendo, e lógico, não tomando espaços que não são nossos.

EC4 É uma situação desconfortável (...) às vezes alguém quer que você faça mais do que é o seu papel aqui dentro [do CAPS], você tem que ficar colocando limites.

EC5 Com esse paciente eu tenho a assistente social de referência e a terapeuta ocupacional que o vê também, mas essa carga maior [familiar] tem ficado comigo (...) quem acabou contactando com a mãe fui eu.

ED3 (...) você atende, não só você sozinho, atende com outro profissional, atende com a equipe, cada um tendo a sua visão, acaba tendo o que fazer, acaba tendo uma possibilidade de trabalhar (...).

EE6 Eu sinto que aqui [no CAPS] tem uma linha de trabalho que causa uma preocupação (...) um grupo atende um paciente e ele tem aquela conduta de trabalho, ao mesmo tempo você cruza com aquele usuário na casa, no dia a dia, em diversas situações, então [como] você não transgredir aquilo que tem sido feito.

EF10 (...) você aprende muita coisa no manejo, na condução, no pensamento clínico com os colegas que estão em volta (...) estratégias menos conscientes (...) essas que você vai criando na relação com os colegas, nos hábitos, no jeito de fazer.

EJ6 (...) tem que botar um esforço diferenciado senão vira o prescritor de remédio (...) vamos fugir um pouco da contensão química (...) o médico tem uma posição que sempre é depositária do coletivo (...) é essa figura central, mas se ele realmente caminhar pra um lado mais humano, mais participativo, com certeza ele vai ajudar muito (...) é uma mudança de postura, a gente não foi treinado pra isso (...).

EJ11 (...) o contato com profissionais de outras áreas que não a medicina traz um acréscimo muito

importante, a forma como vê, as percepções, como muitas coisas podem convergir, isso eu acho muito bacana (...).

EJ19 Aliás, falar de saúde mental sem equipe multidisciplinar não funciona, muito pouco, não funciona mesmo.

EL8 (...) me chama a atenção em relação à equipe (...) em uma das internações que ele [usuário] teve (...) [discutimos] do quanto era responsabilidade nossa, dela, do serviço e do próprio usuário, acho que teve essa questão (...).

EL9 A questão da medicação, de obriga ou não obriga a tomar, esse também foi um tema discutido [pela equipe], porque sim, porque não, etc e tal.

EL12 Acho que teve alguns conhecimentos da equipe que a troca acrescentou (...) a questão talvez social, a questão de como lidar com a questão lá da moradia dele, de fazer carta pro condomínio (...).

EM13 (...) eu acho que a gente tem [que] cada vez mais trabalhar em conjunto, entender que a gente tem que trabalhar em conjunto.

EM22 Eu acho que tem que ser em conjunto (...) talvez alguns casos eu possa avaliar sozinha (...) e em alguns casos eu acho que vai ter que ser conversado, tem que procurar a referência, o médico, a equipe que cuida (...).

EN7 Fica muito a parte administrativa [o trabalho do farmacêutico] (...) eu acho que a gente poderia ter desenvolvido uma parte técnica.

EN8 Eu acho uma coisa até interessante, não sei, é questão até de conversar com os médicos (...) quem tem que ver isso com maior certeza seriam os médicos.

EN11 (...) eu tenho um certo conhecimento até pela minha profissão (...) mas eu poderia melhorar (...) tendo conversas com os médicos (...) eu não tenho essa experiência com os médicos (...).

EN16 (...) eu acho que deveria ter uma integração maior, porque eu lembro que quando eu entrei aqui havia uma integração maior entre os próprios profissionais, só que hoje em dia, assim male e mal eles falam um oi e olha só (...).

EP5 (...) o contato com os outros profissionais, que eu ia perguntando, como fazer, como lidar, como agir, então isso me ajudou bastante.

ER2 (...) eu comecei [o grupo] com o P [outro trabalhador] a gente fazia uma dupla forte (...).

ES3 Envolveu eu [médico], o psicólogo, assistente social, então, foi um trabalho multidisciplinar (...) mexeu com a questão psicopatológica (...) mexeu com a questão social (...).

ES7 (...) a questão da interdisciplinaridade (...) tem gente que não consegue utilizar esses outros conhecimentos [dos outros profissionais] (...) pra trabalhar em CAPS (...) você tem que ter algo além, se você só tiver essa coisa de fazer diagnóstico e de medicar e ficar só em cima disso, limita e você não sai (...).

ES8 Saber dividir na equipe o trabalho (...) cada um ter o seu papel e realizar o seu papel (...) saber que você não vai fazer tudo sozinho (...).

ET7 (...) eu sinto nos outros profissionais, eles ficam muito no campo extremamente orgânico, no caso de algum psiquiatra, que abandona todo o lado subjetivo e social (...).

ET8 (...) eles ficam muito no campo extremamente orgânico, no caso de algum psiquiatra (...) como é multidisciplinar essa diferença termina não se acentuando porque como tudo é decidido aqui [no CAPS] em equipe (...).

ET30 (...) o CAPS sendo daqui pra fora tinha que ter uma assistente social absurda, dinâmica, que fizesse ponte (...) aqui assistente social tem um papel, lidar com família, lidar com sociedade, emprego (...) a gente tem que saber isso também? Eu não me importo, mas não é o meu papel, não tem um profissional só pra isso?

ET31 (...) os psiquiatras ficam muito detidos com o número de usuários (...) muita gente pra eles cuidarem (...) os psicólogos atendem os intensivos e alguns em crise tal, tem oficinas (...).

ET32 (...) o assistente social (...) faz a triagem (...) não sei se ela tem formação (...) vejo várias triagens rolarem a toque de caixa e na mão de pessoas que não são terapeutas, psiquiatras (...). Será que era legal uma triagem ficar individualmente na mão de um assistente social, de um enfermeiro? (...) eu não posso aplicar injeção (...) não deveria, assim como ela fazer uma triagem sozinha (...).

EU5 Em primeiro lugar eu sempre levo pra discutir na mini equipe, a gente discute, vê o que foi medicamentoso, questões sociais, questões pessoais da paciente e onde que eu posso incluir a paciente na casa.

O nível de satisfação dos trabalhadores:

EB2 (...) eu gosto muito dessa área [previdência social] porque pra mim é assim, tem que ter um começo, um meio e um fim (...) essa questão da resposta (...) nessa situação [de atenção] virá, ou do juizado especial ou da própria previdência (...) mesmo que seja uma resposta negativa (...) você tem uma resposta, não fica algo no meio do caminho, que pra mim, profissionalmente, isso é terrível.

EE14 Quando eu cheguei aqui [no CAPS] (...) eu disse: “Eu não vou ficar aqui só por conta do meu salário (...) se eu não sentir que eu quero ficar, que eu to feliz, que eu faço qualquer diferença por mínima que seja” (...) pra mim hoje eu sinto que já tá dando pra ficar.

EI11 (...) [o CAPS] tem um programa super legal, eu não tenho uma visão ruim daqui (...) eu tô aprendendo muito (...) eu acho que [o CAPS] é um serviço de excelência, quando eu vim pra cá eu fiquei encantada, porque aqui o pessoal faz mesmo, não é só uma teoria é uma prática.

EK1 Quando eu venho [para o CAPS] e vejo uma auxiliar de enfermagem, que no [outro] CAPS aonde eu trabalho, jamais teria uma postura dessa (...) me deu assim, muita tranquilidade de estar chegando num lugar onde eu queria.

EK7 Eu faço o CAPS porque eu acredito nisso, senão eu tava num ambulatório atendendo 30 [usuários] em 3 horas.

EM10 Trabalhar aqui [no CAPS] me desorganizou muito, porque eu tive que dar conta de muita coisa ao mesmo tempo (...) eu peguei como uma responsabilidade muito grande o consultório [odontológico] que a gente estava inaugurando um trabalho novo (...).

EO10 (...) no CAPS eu to, por exemplo, em várias situações (...) dá pra fazer tudo isso nos pedaços em que eu estou (...) estou inteira, estou respondendo como analista (...) como pessoa (...) eu me sinto mais tranqüila.

EP2 (...) acabei entendendo outras coisas na minha vida estando aqui [no CAPS], esse contato com todos eles [usuários] (...) acabou me ajudando muito (...) talvez uma paciência que eu nem sabia que eu tinha, que acabei descobrindo aqui [no CAPS] (...).

EP3 E depois lá no trabalho, na lanchonete, no começo foi muito difícil pra mim porque houve uma certa resistência deles [usuários] (...).

ER3 (...) eu gosto de trabalhar com grupos (...) quando o P [trabalhador] entrou [no CAPS] a gente começou a conversar, eu falei do meu desejo, ele também falou de um desejo dele de formar grupo, na época a gente estava na mesma mini equipe (...).

ER8 (...) ajudar as pessoas [usuários] a atingir essas coisas que são básicas: casa, comida, família, amor, um pouco de dinheiro no bolso, saúde, é extremamente difícil (...).

ER18 Acho que [no CAPS] às vezes a gente tem que atender muita gente, que a gente não se aprofunda (...) a gente fica num superficial.

ER19 (...) eu tô numa fase da minha vida que a clínica não tem me atraído muito (...) eu fico pensando, tanta coisa pra fazer, a minha disponibilidade interna tá muito pouca (...) é o trabalho que a gente precisa [no CAPS], do agenciamento, do corpo a corpo, de estar todo dia do lado (...) dependendo do momento da tua vida é muito difícil você entrar em contato [com a loucura] (...) a estrada que você tem que percorrer e o pique que você tem que ter, junto a essas pessoas, ele te desanima (...) eu estou completamente contaminada pelas minhas questões, pela minha vida, pelo meu desânimo (...).

ES12 (...) quem trabalha em CAPS também esta num lugar privilegiado [na rede] (...) eu trabalho aqui há pouco tempo, mas eu me sinto muito mais satisfeita trabalhando aqui do que trabalhando em UBS (...) talvez com o tempo eu vá me deparando com algumas dificuldades, mas por enquanto eu to feliz. ET6 (...) o CAPS possibilita porque como ele já tem uma visão dinâmica mesmo, aqui eu me senti mais à vontade e eu acho que produz mais resultado, por mais que seja difícil quantificar isso (...).

ET4 (...) o CAPS possibilita porque como ele já tem uma visão dinâmica mesmo, aqui eu me senti mais à vontade e eu acho que produz mais resultado, por mais que seja difícil quantificar isso (...).

ET17 (...) talvez a gente critique muito o CAPS (...) porque como a gente esta em contato com o desafio, a gente sempre acha que poderia fazer a mais (...) é mesmo angustiante (...).

O conhecimento que se faz necessário:

EA12 Eu não conheço especificamente a política de saúde mental (...).

EA8 (...) eu nunca tinha trabalhado num CAPS antes (...) eu nunca trabalhei só com saúde mental antes (...) o que até amedronta a gente (...) não vou negar que tremi mesmo.

EB10 Você tem a política da saúde mental, mas você não tem aqueles que trabalham com isso ou que vão dar conta dessa política. Eles não foram preparados.

ED11 (...) aqui [no CAPS] eu to tendo que me deparar com um outro elemento (...) essa questão social, da miséria, da exclusão, que é muito séria também, mas ainda não estou usando nenhum referencial teórico.

EE4 (...) temos aqui [no CAPS] pessoas que, como eu, vieram pra cá, vindas de outras unidades e que não tem nenhum conhecimento nem teórico e nem prático da saúde mental (...) eu não sei se todas as pessoas aqui estão preparadas tecnicamente (...) muitas outras pessoas não tem, não conhecem, não sabem o que é (...).

EE10 (...) a gente vê aqui [no CAPS] as pessoas traçando metas próprias (...) a maior necessidade é investir no humano, investir na equipe que existe (...) respaldo técnico, respaldo de supervisão (...) que essas pessoas recebam uma ajuda pra poder ir trilhando o dia a dia, em situações que vão surgindo.

EE11 (...) o CAPS sobreviveu, o trabalho existe, outros CAPS surgiram, mas nem todos conhecem esse trabalho, nem todos conhecem essa política de saúde mental (...).

EK17 Esse aprendizado de abrir, eu acho que pra mim é complicado, eu tenho loucura pra atender, mas é complicado, ir pra fora, de trazer a comunidade pra intervir (...).

EL23 [Os gestores] não investem na própria capacitação dos profissionais que entram pra trabalhar nessas equipes (...) as pessoas vão aprendendo pelo fazer e por pessoas que tem bom senso ou que tem vontade, mas não existe um modelo que capacite ou que dê uma idéia do que são esses serviços.

EM8 (...) quando tem algum colega (...) que não tem essa formação do emocional (...) precisaria dar um pouco mais de tempo (...) explicar algumas coisas realmente (...).

EN5 Nós tínhamos que ter mais reuniões periódicas até pra saber o que esta acontecendo nas outras unidades (...) eu não faço cursos por aqui (...) temos que ser aperfeiçoados (...).

EP1 (...) quando eu vim pra cá, eu nunca tinha [tido] experiência com saúde mental (...) acabei assumindo o projeto trabalho (...) estranhei porque eu nunca tinha atuado nessa área e eu achava que eu não ia saber lidar com eles porque eu nunca tinha assim estudado e atuado nessa área (...) ainda não sei quase nada de saúde mental, preciso aprender muito (...).

EP10 (...) sinto falta disso aqui [no CAPS], não só pra mim quanto pra outros profissionais, de ter uma orientação, cursos, alguma coisa que a gente possa estar entendendo um pouco mais.

EQ7 Da parte de reabilitação (...) nunca fiz um curso específico, de formação específica (...).