



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
MESTRADO ACADÊMICO EM CUIDADOS CLÍNICOS EM SAÚDE.
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO ENFERMAGEM**

**MICROPOLÍTICA DO TRABALHO NA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL:
TECNOLOGIAS EM SAÚDE, SABERES E PRÁTICAS NA DIMENSÃO
CLÍNICA DO CUIDAR.**

FABERGNA DIANNY DE ALMEIDA SALES

Fortaleza - CE
2009

FABERGNA DIANNY DE ALMEIDA SALES

**MICROPOLÍTICA DO TRABALHO NA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL:
TECNOLOGIAS EM SAÚDE, SABERES E PRÁTICAS NA DIMENSÃO
CLÍNICA DO CUIDAR.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde Área de concentração Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Cuidados Clínicos e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Salete Bessa Jorge

Fortaleza-CE
2009

Aos meus pais, Fabio Sales e Maria das Graças, pela formação sempre pautada na valorização do conhecimento, na honestidade e no respeito ao próximo.

Ao meu filho e companheiro, Aquiles de Almeida e Daniel Bomfim, pela compreensão e incentivos incondicionais e por possibilitarem a alegria de ser criança novamente.

Aos meus colegas do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem, que através das discussões trazidas para as reuniões do grupo engrandeceram este trabalho.

Dedico este trabalho.

Agradecimento Especial

A Prof^ª. Dr^ª. Maria Salete Bessa Jorge, pelas orientações recebidas e confiança depositada, essenciais para a realização desta pesquisa.

Agradecimentos

A Prof^ª. Dr^ª. Marluce Araújo Assis pela ajuda nos momentos de dúvida, pelas indicações bibliográficas e pelas palavras esclarecedoras e principalmente pela dedicação e carinho com que recebeu o convite de participar da construção teórica, qualificação e defesa deste trabalho. Meus sinceros agradecimentos.

Ao Prof^º. Dr. Túlio Batista Franco pelas falas iluminadoras, pelas dúvidas esclarecidas nas ocasiões de sua presença na I Oficina do Grupo de Saúde Mental, Práticas de Saúde, Família e Enfermagem (GRUPSFE) e na Defesa do Ms. Antônio Germane Alves Pinto; pela rica experiência sobre a temática, descritas nos livros e artigos; além do carinho e disponibilidade com que aceitou fazer parte da banca examinadora desta dissertação. Meus sinceros agradecimentos.

A coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial de Quixadá-CE, Dra. Luisa Nara, pela liberdade irrestrita durante o processo de coleta de dados, abrindo espaço durante as reuniões de supervisão e atendendo às minhas solicitações sempre que necessário.

A supervisora do CAPS de Quixadá-CE, Dr^ª. Marluce, pela gentileza com que me recebeu me cedendo espaço durante a reunião de supervisão e por ter me guiado pelos principais pontos turísticos de Quixadá-CE.

Os trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial de Quixadá-CE, em especial, Nestor, Wellington, Perúcio, Patrícia, Dona Luisa, Martinha, Júlio, pelo acolhimento no serviço e pela disponibilidade em fornecer informações.

Os usuários do Centro de Atenção Psicossocial de Quixadá-Ce, que aceitaram incondicionalmente a participar da pesquisa, fornecendo informações valiosíssimas para a construção desta pesquisa.

Todos os colegas da turma do mestrado acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem, em especial, Germane e Magda, por juntos fazermos da saúde mental nossos objetos de estudo no mestrado, contribuindo para a construção do conhecimento na área.

A coordenadora do Mestrado em Cuidados Clínicos, Prof^ª. Dr^ª. Consuelo Helena Aires de Freitas Lopes e vice coordenadora Maria Veraci Oliveira Queiroz, pela disponibilidade e paciência na orientação e revisão dos trabalhos das disciplina.

A secretária do mestrado, Rafaela, pela dedicação e carinho com que atende a todos os alunos do mestrado.

As secretárias do mestrado em Saúde Pública, Mairla e Lúcia, por toda a atenção dispensada durante o curso.

A Fundação Cearense de Apoio a Pesquisa - FUNCAP, pelo apoio financeiro durante o período do mestrado, o que possibilitou dedicar-me exclusivamente ao processo de construção do conhecimento.

RESUMO

Este estudo sobre a micropolítica do trabalho na atenção em saúde mental no Centro de Atenção Psicossocial de Quixadá-CE, tem como objetivos: compreender o processo de trabalho na atenção em saúde mental de Quixadá - CE a partir dos saberes e práticas clínicas operadas no processo de cuidar; descrever as práticas clínicas que são desenvolvidas pelos trabalhadores na micropolítica dos serviços de saúde mental; discutir o significado do processo de cuidar para os trabalhadores dos serviços de saúde mental de Quixadá - CE. Toma como pressuposto o fazer singular e específico que cada trabalhador imprime no cotidiano do serviço, utilizando-se principalmente das tecnologias leve e leve-dura , para transformação do saber-fazer em saúde mental e para a construção de um novo paradigma ou manutenção do “ status quo”. A trajetória metodológica fundamentou-se na abordagem qualitativa, dentro de uma perspectiva crítico-analítica, pois o objeto de estudo são os processos de trabalho da equipe de trabalhadores do CAPS de Quixadá, cuja realidade não pode ser quantificada. Utilizou-se como técnica de coleta de dados a entrevista semi-estruturada e a observação do processo de trabalho. Constituíram os sujeitos do estudo vinte e oito pessoas distribuídas em três grupos de representação: Grupo de Trabalhadores – 11; Grupo de Usuários – 11; Grupo de Familiares – 6. A Os resultados revelam que o processo de trabalho é médico-centrado voltado ao atendimentos de pessoas psicóticas, porém a oferta de serviços é sufocada pela alta demanda de queixas caracterizadas como “neurose urbana”. O modelo de atenção prioriza o atendimento individualizado, e a terapêutica predominante é a medicamentosa. O processo de trabalho da equipe é organizado de forma a atender a demanda espontânea, que em sua maioria é em busca de medicamentos, conseqüente a uma cultura de medicalização da dor e do sofrimento cultivado pela população da cidade. Há o predomínio de uma articulação entre os diversos saberes favorecendo uma prática interdisciplinar. As tecnologias leves – acolhimento e vínculo-, são os principais instrumentos utilizados pelos trabalhadores no cuidado em saúde mental. Porém esse cuidado nem sempre é resolutivo, ocasionando espaços vazios de cuidado. Enfim, apesar das dificuldades e das limitações para a prática de uma clínica ampliada e para os trabalhos grupais, têm contribuído para uma efetiva reforma no campo da saúde mental, essa que dá a partir do cotidiano dos serviços.

Palavras-chave : Saúde Mental, Clínica ampliada, Trabalho em Saúde, Enfermagem.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Elementos do Processo de trabalho em Saúde.....	16
Figura 2 - Diagrama de representação de um ato produtivo.....	16
Figura 3 - Fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde.....	42
Figura 4 – Fluxograma analisador da entrada do Usuário no CAPS de Quixadá-CE.....	54
Figura 5 – Fluxograma analisador da Linha de Cuidado 1 – Atendimento Psiquiátrico.	63
Figura 6 – Fluxograma analisador da Linha de Cuidado 1– Intervenções Terapêuticas.	64
Figura 7 – Fluxograma analisador da Linha de Cuidado 2 – Grupo de Receita	72

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Grupo de participantes do estudo	43
Quadro 2 – Representantes do Grupo de Trabalhadores	44
Quadro 3 – Perfil profissional do Grupo de Trabalhadores	45
Quadro 4 – Modelo de quadro construído para análise dos dados	48
Quadro 5 - Modelo de quadro construído para análise dos dados após identificação das categorias empíricas	49

SUMÁRIO

CAPÍTULO I – CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	12
1.1 A aproximação com o tema	13
1.2 O objeto em estudo e os pressupostos teóricos	14
CAPÍTULO II – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	21
2.1 O contexto histórico da Saúde Mental e o desenvolvimento da Clínica	22
2.2 A Integralidade nos processos de Saúde Mental e a Clínica Ampliada.....	29
CAPÍTULO III – CAMINHAR METODOLÓGICO	37
3.1 O Campo empírico de estudo – Quixadá-Ce.....	38
3.2 Técnicas e instrumentos de coleta de dados	40
3.3 Participantes do estudo.....	43
3.3.1 Perfil profissional do Grupo de Trabalhadores.....	44
3.4 Questões Éticas	46
3.5 Análise dos dados	46
3.5.1 Ordenação nos dados.....	47
3.5.2 Classificação dos dados	47
3.5.3 Análise final dos dados.....	49
CAPÍTULO IV- MICROPOLÍTICA DO TRABALHO NA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL: Tecnologias em Saúde, Saberes e Práticas na dimensão Clínica do Cuidar	50
4.1 – MICROPOLÍTICA DO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: orquestração do trabalho em equipe	51
4.2 - OFERTA E DEMANDA DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE QUIXADÁ-CE: um olhar sobre as práticas de enfermagem e equipe multiprofissional.....	68

4.3 - TECNOLOGIAS DAS RELAÇÕES ENTRE TRABALHADORES DE SAÚDE, USUÁRIOS E FAMILIARES: o vínculo em suas dimensões.....	80
4. 4 – SIGNIFICADOS DO CUIDAR EM SAÚDE MENTAL.....	94
CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	107
REFERÊNCIAS	113
APÊNDICES	
ANEXOS	

CAPÍTULO I
CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Construção do Objeto de Estudo

1.1 A Aproximação com o Tema

Quando fomos estimuladas a definir a temática à qual iríamos nos dedicar para desenvolver a pesquisa, rebuscamos na memória e capturamos os elementos de nossa vivência no campo da saúde mental – num primeiro momento, como acadêmica de enfermagem e, num segundo momento como enfermeira – além dos vários questionamentos e reflexões acerca do processo de trabalho desenvolvido nos serviços de saúde mental.

Durante a graduação, foram propostas as primeiras discussões em torno do tema Saúde Mental. Essas discussões giraram em torno da Reforma psiquiátrica, dos benefícios advindos pós-reforma e da organização da rede de saúde mental que estava se constituindo em substituição ao modelo hospitalocêntrico.

Muitos estudos foram desenvolvidos junto ao Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e enfermagem (GRUPSFE) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), no qual, como integrante, participamos da coleta de dados e de discussões de alguns resultados. Pesquisas estas que objetivaram descrever e avaliar os serviços de saúde mental de Fortaleza.

Esses estudos foram importantes para o aprofundamento no tema e para o despertar de questionamentos, os quais foram ponto de partida da monografia de graduação intitulada “Instrumentos Básicos do Cuidar em Saúde Mental” e estão norteando o nosso caminhar nesta pesquisa.

É importante enfatizar, neste momento, alguns resultados obtidos, como a satisfação dos profissionais que trabalham na área, o excesso de trabalho burocrático, o trabalho em equipe multidisciplinar em vez de interdisciplinar, o uso da criatividade e do relacionamento terapêutico no cuidar do indivíduo portador de transtornos mentais (SALES e JORGE, 2006).

Após esse período de descoberta e aproximação do tema de aprofundamento proposto, em um segundo momento, temporalmente definido a partir do nosso ingresso no mestrado acadêmico em cuidados clínicos em saúde, em 2007, nos veio a oportunidade de participar de um projeto de pesquisa multicêntrico intitulado “Organização das Práticas de Saúde Mental do Ceará”, a partir do qual delimitamos o nosso objeto de pesquisa e o local do estudo.

Algumas das disciplinas ofertadas no mestrado, dentre elas, Processo de trabalho em saúde e enfermagem, Prática do cuidado em saúde e enfermagem e Cuidado em si, associada às discussões desenvolvidas no âmbito da saúde coletiva e saúde mental no grupo de pesquisa ora citado, contribuiriam decisivamente para o aumento do nosso interesse pelo momento atual em que vive a (re) estruturação da rede de saúde mental no Ceará, especificamente no município de Quixadá, onde o processo de desospitalização aconteceu mais rapidamente que na capital do estado.

E ainda, o estágio de docência nos proporcionou um maior contato com a equipe de profissionais de saúde que atuam nos serviços de saúde mental de Fortaleza e, a partir daí, fui conhecendo com maior riqueza de detalhes a realidade dos serviços substitutivos que estavam se estruturando.

1.2 Objeto em Estudo e os Pressupostos Teóricos

Ao iniciarmos uma discussão acerca de processo de trabalho, vêm-nos à memória os fatos históricos da humanidade. Durante séculos, o homem foi capaz de construir instrumentos que possibilitaram o desenvolvimento da ciência, da medicina, das telecomunicações dentre outras, trazendo o desenvolvimento das sociedades até a conjuntura atual com a chamada “era tecnológica”, que foi impulsionada pelo capitalismo. Tudo foi possível através do uso da criatividade.

Essa capacidade/potência de criação do homem é algo inerente e singular dos seres humanos, explicada como pulsão de vida, por meio da qual ele se constitui como sujeito em relação com outros sujeitos e com a natureza (ROLLO, 2006).

Aos avanços trazidos pela era tecnológica podemos citar a revolução industrial, o automobilismo, a aviação, a microbiologia, a computação. Enfim, tudo que nos rodeia. Na saúde, temos os procedimentos diagnósticos de alta complexidade, as cirurgias minimamente invasivas a *laser*, o desenvolvimento da indústria farmacêutica, dentre outras.

Esse desenvolvimento dos processos produtivos, porém, no atual estágio do capitalismo globalizado, mediante a automação, a robótica, a informática, a hipermídia, dentre outras, estão gerando uma perda no “valor de uso” do trabalho e do trabalhador (ROLLO, 2006).

Apesar dessa desvalorização do trabalho e do trabalhador, na saúde, o que se percebe é uma expansão dos postos de trabalho ocasionada principalmente por

fatores demográficos e epidemiológicos como: o envelhecimento da população, aumento das doenças crônicas, aumento da morbidade por causas externas, do sofrimento mental e recrudescimento de algumas epidemias (ROLLO, 2006).

Essa expansão é evidenciada no Brasil a partir de dados estatísticos. Em 1992, havia 1,4 milhões de empregos na saúde para 150 milhões de habitantes. Em 2002, esses números aumentaram para 2,2 milhões de empregos numa população de 175 milhões de brasileiros, o que dá uma proporção de 12,5 empregos/100 habitantes, ou seja, a população cresceu 14,3% e o emprego na saúde 22,4%. Destes, o setor público corresponde a 54,7% com um aumento significativo na esfera municipal com 66,3% do total (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Discutimos até aqui acerca dos objetos de trabalho, os instrumentos e dos meios para produzi-los. No entanto, nos processos de trabalho, estão envolvidos também a capacidade operária de produção, isto é, a força de trabalho, que apresenta as condições subjetivas de produção (MARX, 1994; RODRIGUES, 2005).

Por subjetividade entende-se que é o modo próprio e específico de ser e atuar no mundo. Ela é dinâmica e muda de acordo com as experiências de cada um, sendo afetada pelos valores culturais que a pessoa vai internalizando ao longo da vida e do tempo.

Santos (2006) defende uma subjetividade desestabilizadora, isto é, empenhada em críticas radicais à política do possível, sem cair numa política do impossível, combatendo as ações conformistas. Esta subjetividade desestabilizadora é dotada de capacidade, energia e vontade de agir a partir de combinações complexas e criativas entre sujeitos e grupos sociais.

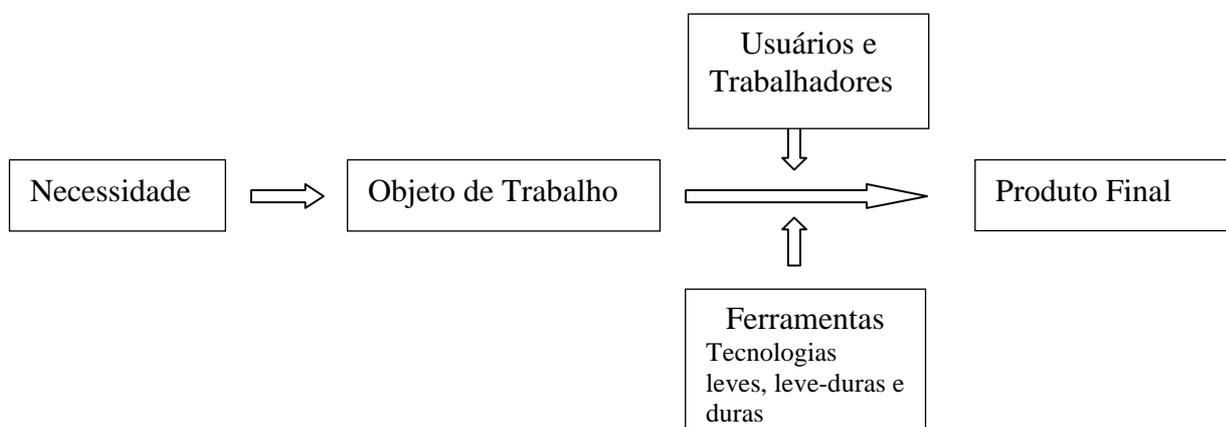
Citando um exemplo de trabalhadores da saúde com diferentes subjetividades na produção de trabalho temos duas enfermeiras com grande conhecimento técnico na área em que atuam: a primeira, ao cuidar de um usuário o faz de forma impessoal, sumária e burocrática; enquanto a segunda enfermeira estabelece uma relação de vínculo-responsabilização, humanizada e acolhedora – uma subjetividade desestabilizadora.

O trabalho é uma atividade que tem sempre uma finalidade para que ele se realize. No caso do trabalho em saúde, sua finalidade é atender às necessidades de saúde do indivíduo e/ou das coletividades. Campos (2003) chama essa necessidade de “valor de uso”. Segundo o autor, os serviços produzidos em saúde têm dupla face: função de controle social e um valor de uso.

Cecílio (2001) nos reporta a essas necessidades e sugere quatro grupos nos quais estão classificadas: **Qualidade de vida**, **acesso** a toda tecnologia em saúde capaz de melhorar e/ou prolongar a vida, **criação de vínculos** entre usuário e equipes de saúde e **autonomia**.

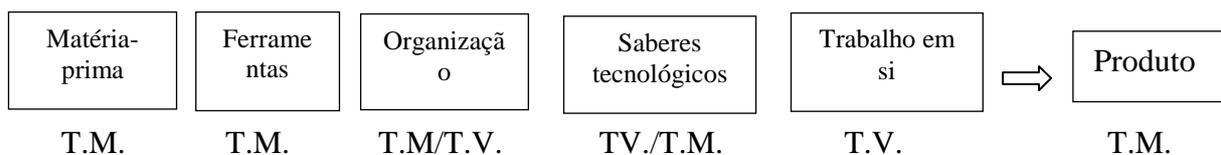
O Trabalho em saúde refere-se a um mundo próprio, complexo, dinâmico em que cotidianamente os usuários se apresentam com suas necessidades e buscam, junto aos trabalhadores de saúde com suas ferramentas, resolvê-los. A figura 1 exemplifica como ocorre o processo de trabalho a nível macropolítico, através de seus elementos.

Figura 1: Elementos do Processo de Trabalho em Saúde



Merhy (2005) discute acerca dos “diferentes modos de agir humano no ato produtivo” e discute sobre processo de trabalho na micropolítica das instituições. A partir de um diagrama (ver figura 2), o autor representa teoricamente qualquer ato produtivo simples em trabalho vivo e trabalho morto.

Figura 2: Diagrama de representação de um ato produtivo, Merhy (2005, p.42).



Legenda: T.M. = trabalho morto; T.V. = trabalho vivo;

Trabalho morto são produtos de trabalhos humanos que os concretizaram, isto é, não estão prontos na natureza, e estão expressando no momento

de sua utilização um trabalho morto que foi resultado de um trabalho vivo anterior que os produziram. Por trabalho vivo entende-se o momento do trabalho em si, o qual depende de todo o saber adquirido para realização do trabalho. Esse momento é marcado pelas diversas possibilidades que o profissional tem para agir neste ato produtivo, incluindo aí seus saberes, sua subjetividade e os materiais que ele utiliza.

Merhy (2005) chama essas possibilidades de “grau de liberdade” e, segundo o autor, o exercício desse grau relaciona-se com a presença simultânea das dimensões de trabalho apresentadas no diagrama (T.M., T.M./T.V., T.V./T.M. e T.V.).

Para ilustrar, façamos um paralelo entre o exemplo dado pelo autor, em que ele coloca o trabalho de um sapateiro artesão e o processo de trabalho em saúde, mais especificamente em saúde mental. Por exemplo, a produção de cuidado em saúde mental pressupõe o encontro do trabalho em si dos profissionais de saúde (vou tomar como exemplo o trabalho em grupo do enfermeiro) com certos materiais/ferramentas como cadeiras, sala, recurso audiovisual, papéis, canetas, ou seja, trabalho morto. Para a realização do grupo terapêutico, ele necessita também de um saber tecnológico que lhe permita dar, pela ação concreta em si de trabalhar e dentro de uma maneira organizada de realizá-lo, formato de produto ao que tem em mente, expressando seu projeto – trabalho vivo.

Em nossa interpretação de Merhy (2005) o que diferencia o trabalho de um artesão do trabalho do profissional de saúde é o peso das dimensões “trabalho vivo e trabalho morto”, que se expressam em menor e maior quantidade, respectivamente.

Acerca do processo de trabalho em saúde, temos ocasiões em que o trabalho vivo é subsumido pelo trabalho morto, como na realização de exames diagnósticos de alta complexidade em que a interação profissional/paciente é prejudicada pela presença de equipamentos tecnológicos nos quais o profissional centra toda a sua atenção; e opostamente, há situações em que o trabalho vivo predomina em todo o processo de cuidar através das interações profissional/paciente, como nos grupos terapêuticos, nas consultas de enfermagem, na visita domiciliar ao usuário por profissionais de saúde, nos momentos de educação em saúde, dentre outras.

A partir desses conceitos de trabalho vivo e trabalho morto, Merhy (2005) traça algumas teses sobre a teoria do trabalho em saúde e as tecnologias de produção do cuidado. Tecnologia aqui tem um conceito mais ampliado e não está diretamente relacionada a máquinas e equipamentos; é, sobretudo, trabalho cuja ação se traduz na produção de bens e produtos que satisfaçam necessidades.

Na literatura acerca do tema, quem primeiro discute o conceito de tecnologia nesta concepção mais ampla é Mendes-Gonçalves (1994), que classifica as tecnologias em materiais e não-materiais. As tecnologias materiais dizem respeito ao sentido convencionalmente aceito, ou seja, das máquinas, dos equipamentos e dos instrumentos de trabalho. Já as tecnologias não-materiais referem-se a uma nova concepção e introduzem o conhecimento técnico como um novo conceito de tecnologia. Essa diferenciação colocou o conhecimento como tecnologia no centro do debate de trabalho e produção de saúde e promoveu os sujeitos sociais portadores de conhecimento a trabalhadores/produtores de saúde.

Para Mendes-Gonçalves (1994), tecnologia é saberes e práticas que orientam o trabalho em saúde através de ações materiais e imateriais, ou seja, da relação. Mas ele não utiliza essa expressão. Merhy (2002) é que aprofunda os conceitos e passa a trabalhar com relações. Ele traz a tecnologia na produção do trabalho cotidiano, na prática diária, na rotina das instituições de saúde, isto é, na micropolítica, em que se operam as práticas e os saberes. Essa tecnologia se dá em diferentes formas e são classificadas em leve, leve-dura e dura.

[...] as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas como: leves (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como forma de governar processos de trabalho), leve-duras (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como da clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o faylorismo) e duras (como nos casos dos equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais) (MERHY, 2005, p.49).

Tecnologia leve é tecnologia das relações do trabalho vivo em ato. Todo trabalho vivo em ato é relacional. Porque não se faz trabalho vivo em ato sozinho. Na dinâmica cotidiana, o tempo todo, é solicitada a tecnologia leve-dura; pois, quando se faz um exame clínico, é usada a tecnologia dura, que é o saber estruturado da clínica e que dá sustentação para realização do trabalho, mas é também preciso estabelecer uma relação com o usuário, então neste momento é usada a tecnologia leve.

A tecnologia dura é fruto do trabalho morto, que são os equipamentos, vital para o desenvolvimento, só que não se pode privilegiar a dura em detrimento da leve. É essa composição leve-dura, que vai desalienar o trabalho.

A tecnologia leve, leve dura e dura, é sempre fruto de um trabalho que foi realizado antes. Pode-se, porém, realizar um trabalho no ato, privilegiando a tecnologia dura (por exemplo, sendo autoritário, não escutando o cliente). Nesse caso, reproduz-se uma relação imposta, de dominação histórica do cartesianismo, e o profissional fica subsumido pelo trabalho morto mesmo ele estando vivo.

Diante dos aspectos teóricos-conceituais apresentados, questionamo-nos acerca da conformação do processo de trabalho em saúde na micropolítica das instituições da rede que compõe a atenção em saúde mental do município de Quixadá. Ao levarmos em consideração que a construção de um modelo de atenção à saúde mental substitutivo ao modelo manicomial-hospitalocêntrico deve estar em consonância com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, associada a um conceito ampliado de saúde e cuidado, traçamos alguns questionamentos a serem investigados:

- Como se constitui o trabalho na atenção em saúde mental de Quixadá - CE a partir dos saberes e práticas clínicas operadas no processo de cuidar?
- Qual o significado do processo de cuidar para os trabalhadores de saúde mental?

Para responder aos questionamentos propostos, o presente estudo aponta os seguintes objetivos:

- Compreender o processo de trabalho na atenção em saúde mental de Quixadá - CE a partir dos saberes e práticas clínicas operadas no processo de cuidar;
- Descrever as práticas clínicas que são desenvolvidas pelos trabalhadores na micropolítica dos serviços de saúde mental;
- Discutir o significado do processo de cuidar para os trabalhadores dos serviços de saúde mental de Quixadá - CE.

Para abrirmos o leque de discussões, formulamos pressupostos teóricos, a fim de explicitar a compreensão da trajetória teórico-metodológica adotada.

PRIMEIRO PRESSUPOSTO: o trabalho da equipe de Saúde Mental tem raízes histórico-sociais no modelo biomédico, centrado nos adoecimentos, fortalecendo o paradigma dominante – individual, tecnicista e centrado na figura do médico psiquiátrica.

SEGUNDO PRESSUPOSTO: os profissionais de saúde imprimem no cotidiano de seus processos de trabalhos formas específicas e singulares de atuação no cuidado ao portador de transtornos mentais, utilizando-se principalmente das tecnologias leve e leve-dura , para transformação do saber-fazer em saúde mental e para a construção de um novo paradigma ou manutenção do “ status quo”.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O Contexto Histórico da Saúde Mental e o Desenvolvimento da Clínica

A tarefa de apresentar aqui os principais acontecimentos que marcaram a história da psiquiatria nos levam a ter uma visão ao mesmo tempo específica, como os dilemas vividos pela psiquiatria quanto ao seu objeto de estudo em paralelo ao desenvolvimento da clínica; e panorâmica, como os movimentos de reforma psiquiátrica internacionais - Comunidades Terapêuticas (Inglaterra, EUA), Psicoterapia Institucional (França), Psiquiatria de Setor (França), Psiquiatria Comunitária e Preventiva (EUA) - e os movimentos nacionais que culminaram na reforma psiquiátrica brasileira.

Iniciaremos então apresentando os dilemas vividos pela psiquiatria quanto ao seu objeto de estudo em paralelo ao nascimento da clínica.

A práxis psiquiátrica atualmente vive um momento de transição na qual o modelo de reabilitação psicossocial tenta superar o modelo de atenção tradicional baseado nos longos períodos de internamento e medicalização excessiva. Após as diretrizes postuladas pela Reforma Psiquiátrica dentre as quais está a desinstitucionalização, os serviços substitutivos e o atendimento a pacientes psiquiátricos em hospitais gerais, surge-nos um questionamento: como a clínica baseada no modelo biomédico - centrado na doença e no organicismo - poderá compreender o objeto de estudo da psiquiatria, que é a doença mental?

Inicialmente a medicina tomou como modelo a História Natural, assim nascia uma medicina das classificações que concebia seus objetos, as doenças como espécies naturais passíveis de serem ordenadas ao modo dos seres vivos. Desta forma, podemos aqui marcar o nascimento da observação como o método das disciplinas médicas.

Até então não havia a especialidade psiquiátrica; pois, durante toda a Idade Média até a Antiguidade Clássica, a loucura era praticamente despercebida, não era considerada doença e os loucos eram considerados porta-vozes divinos. Somente durante a Renascença, a loucura começa a ser vista como “representante simbólica do mal”; e os loucos que viviam soltos nas ruas começaram a incomodar a ordem e os bons costumes das sociedades, sendo excluídos destas nos espaços vazios deixados pela lepra alguns séculos antes (MOSTAZO e KIRSCHBAUM, 2003; SILVEIRA e BRAGA, 2005, FOUCALT, 2007).

Para o nascimento do método observativo, a contribuição dos hospitais foi fundamental. Na época, transformado em instituição médica pela influência dos ideários da Revolução Francesa (Século XVIII), a intervenção médica passou a ser regular e constante. “O saber sobre o hospital permitiria ao médico agrupar as doenças e, assim, observá-las de uma forma diferente, no dia-a-dia, em seu curso e evolução” (AMARANTE, 2007, p. 25).

É neste período, no contexto de valorização do pensamento científico emergente, que surge o hospital como espaço terapêutico na psiquiatria, apesar de ainda não ter como foco a doença ou o doente mental (SILVEIRA e BRAGA, 2005).

Junto a esta medicina das classificações, nasce uma contradição: se a doença é algo interno, orgânico ou mental, como observar o invisível.

A ironia sobre essa medicina classificatória é evidenciada a partir do questionamento acerca de como uma doença, definida por seu lugar em uma família, poderia se caracterizar por sua sede em um organismo. Esse é o problema do que se poderia chamar a espacialização secundária do patológico (FOUCAULT, 2007).

Aquela contradição logo levou à superação deste paradigma, propiciando o surgimento da medicina clínica que demarca como objeto da observação o próprio paciente, ou seja, o indivíduo concreto e a evolução de seus sintomas.

A biomedicina, seguindo o cânon científico a partir de suas bases na anátomo-fisiologia, logrou tornar-se hegemônica. Influenciada pelo pensamento de Descartes e Newton, gerou um modelo reducionista por propor a redução de fenômenos complexos do corpo humano às suas partes mais elementares (LOUGON, 2006). É neste período, final do século XIX, que a psiquiatria assume posição positivista, centrada nesta medicina biológica que irá orientar toda a conduta médica e de enfermagem que objetivarão o controle, a contenção, a medicalização e os maus tratos, cenário que perdurará por mais de um século.

Entretanto a contradição continua, pois o indivíduo doente não é a doença e assim a medicina não estaria trabalhando com o seu objeto, estaria se privando dele. Para superar este paradigma, nasce a medicina baseada na anatomia patológica no qual toda a subjetividade do indivíduo é deixada de lado em contrapartida ao mais estrito organicismo. Esse novo paradigma levou a psiquiatria para ainda mais distante da prática médica.

Pinel – o pai da psiquiatria – em discussões com Bichat – um dos pais da anatomia patológica – chegou a questionar se a alienação mental¹ seria uma doença ou um processo de natureza distinta, pois considerava um erro procurar a sede da loucura, na medida em que nada era “mais obscuro e impenetrável” (AMARANTE, 2007).

Outros conceitos de saúde–doença, de normal e patológico surgiram, como as concepções quantitativas e qualitativas de saúde e doença. Essa percepção qualitativa das doenças remonta ao século XVIII com a história das epidemias. “Trata-se de uma percepção não mais essencial ou ordinal, como na medicina das espécies, mas qualitativa e ordinal” (FOUCAULT, 2007, p. 23). Na citação que segue, o autor exemplifica com dados práticos essa concepção quanti-qualitativa de saúde e doença na psiquiatria.

Existem, portanto, entre a doença e o organismo, pontos de contato bem situados e segundo um princípio regional; mas trata-se apenas de setores em que a doença segrega ou transpõe suas qualidades específicas: o cérebro dos maníacos é leve, seco e friável, na medida em que a mania é uma doença viva, quente, explosiva; o dos tísicos será esgotado e lânguido, inerte, exange, na medida em que a tísica se alinha na linha geral das hemorragias. O conjunto qualitativo que caracteriza a doença se deposita em um órgão que serve então de suporte aos sintomas. A doença e o coro só se comunicam por intermédio do elemento não espacial da qualidade (FOUCAULT, 2007, p. 12).

Todas as tentativas de inserir a psiquiatria como ciência a partir da adoção dos conceitos de saúde-doença das ciências médicas só a levaram à frente de novos dilemas. Amarante (1998) chama esse dilema de “crise da psiquiatria”; segundo ele, essa crise tanto prática quanto teórica converge para uma radical mudança no objeto da psiquiatria, que deixa de ser o tratamento da doença mental para ser a promoção da saúde mental.

A psiquiatria deixou de ser apenas especialidade médica de tratamento para designar um campo extremamente complexo – a Saúde Mental – que ultrapassa em muito as fronteiras das ações estritamente terapêuticas (COSBISIER, 2006).

O Chamado “discurso médico-científico” não tem contemplado o sentido mais amplo de saúde, pois considera que os processos de saúde e adoecimento não são apenas de responsabilidade dos especialistas, mas dizem respeito também, e

¹ O termo é usado aqui em detrimento ao termo doença mental devido ao seu uso por Pinel na época evidenciada no texto.

principalmente, à população que vive tais processos (BARROS, MORI, BASTOS, 2007).

Nacionalmente, podemos perceber a coerência da história da psiquiatria brasileira com os dilemas apresentados, no mundo acadêmico e prático. Distinguem-se dois momentos: o primeiro momento, influenciado pela psiquiatria francesa e o segundo, pela psiquiatria alemã.

O primeiro marco importante foi a criação do Hospício de Pedro II. Segundo Venâncio (2003), sua criação – de 1841 a 1852 - inspirava-se na experiência francesa. A origem histórica da psiquiatria era um corolário da constituição do asilo, disputado inicialmente pelas instâncias médicas e religiosas, enquanto a psiquiatria brasileira se constituía como ciência.

O que se torna importante para discussão da psiquiatria como ciência é o fato de que somente em 1881, isto é, 40 anos após a criação do primeiro hospício brasileiro, é que foi criada a cadeira de clínica psiquiátrica e moléstias mentais.

A primeira tentativa de investigação científica e de união da assistência asilar com a academia, aconteceu com a criação do pavilhão de observação, que, comparando com a atualidade, seria o “ambulatório do hospício” (VENÂNCIO, 2003). Porém, essa primeira tentativa de firmar a psiquiatria como ciência, por meio do método observativo, usando a classificação nosológica, partia de uma pequena minoria dos catedráticos, não se via um interesse por parte dos acadêmicos de medicina.

O segundo marco importante foi a fusão entre a direção do Hospício e a Faculdade de Medicina. O que a princípio pareceria um retrocesso, uma imagem de ruptura entre ciência e assistência pública, aconteceu o contrário.

Com Juliano Moreira na direção do hospício, seguiu-se esse segundo momento da psiquiatria brasileira influenciado pela psiquiatria alemã. Neste momento, vemos uma consonância com o modelo causal das doenças a partir do organicismo.

Seguindo-se a teoria kraepeliniana, passava-se a privilegiar e consolidar o interesse pelas relações causais entre distúrbios somáticos e conseqüências mentais, procurando sistematizar as entidades mórbidas mentais, a exemplo das orgânicas, para efeito das classificações nosográficas (VENÂNCIO, 2003).

É evidente que esta psiquiatria, que começava a se formar no Brasil como ciência, tentava se engajar dentro dos moldes das ciências médicas através da

observação clínica e da teoria anátomo-patológica de Bichat. O cardápio de intervenções oferecidas nesse contexto era a administração de substâncias bioquímicas como a insulinoaterapia, a malarioterapia, a convulsoterapia por cardiazol além do eletrochoque. Propostas que tratavam da dimensão orgânica do paciente.

O que hoje percebemos em nossa atual prática assistencial é o modelo organicista-causalista, que dá sinal de insuficiência diante de tantos diagnósticos incompatíveis com a sintomatologia clínica. Percebe-se que a psiquiatria envereda pelos caminhos da medicina para firmar-se como ciência, mas acaba não apreendendo o seu objeto, que é a doença mental. Muitas evoluções aconteceram ao tentar-se fazer um caminho oposto ao das ciências médicas através das terapêuticas alternativas - aromaterapia, arteterapia, psicoterapia grupal – deixando de lado a medicalização, os internamentos e os diagnósticos.

Estudos realizados sobre o processo de desenvolvimento da Psiquiatria, embora fundamentados em diferentes paradigmas, apontam para o fato inequívoco: a psiquiatria só se desenvolveu após a criação dos asilos e o corolário da superlotação (OLIVEIRA e ALESSI, 2005).

Chamamos de desenvolvimento, as conquistas da psiquiatria a partir da emancipação do sujeito portador de doença mental, que deixa de ser o “louco” com todos os estigmas e preconceitos para ser um cidadão comum com direito à cidadania, autonomia, reinserção social, respeito e dignidade. A esse desenvolvimento atribuímos também à construção de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que apesar de ainda reproduzirem um modelo ambulatorial, possuem estratégias de tratamento que excluem os maus tratos e os internamentos prolongados, utilizando os dispositivos de integralidade – acesso, vínculo-responsabilização, acolhimento e qualidade da atenção – como principais ferramentas para a inversão do modelo de atenção (do asilar para o psicossocial).

Especificamente na saúde mental, os regulamentos da Política Nacional de Saúde Mental – Portarias nº.189/91 e 224/92 – definem claramente a integralidade como componente obrigatória dessa política. E, mais recentemente, a lei federal nº. 10.216 de 06/04/2001, que reorienta a assistência psiquiátrica, em seu artigo 4º (§ 2º), determina que “o tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral a pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicas, ocupacionais, de lazer e outros” (ALVES, 2001, p.171).

O que se conhece como saúde mental é uma área muito extensa e complexa do conhecimento. Poucos campos de conhecimento e atuação na saúde são tão vigorosamente complexos, plurais, intersetoriais e com tanta transversalidade de saberes (AMARANTE, 2007).

Todo esse desenvolvimento no campo da saúde mental veio com a Reforma Psiquiátrica, movimento nacional compreendido entre os anos de 1978 e 1980, que foi conseqüência de vários movimentos locais por todo o Brasil.

Na década de 70, influenciada pela conjuntura política de redemocratização pós-ditadura, começaram a se tornar pública a situação violenta em que eram tratados os doentes mentais e a situação decadente dos hospitais psiquiátricos. Na citação abaixo, temos a oportunidade de vivenciar um pouco desta realidade vivida dentro dos asilos na década de 70.

[...] os primeiros asilos ficaram rapidamente superlotados de internos. A enorme dificuldade em estabelecer os limites entre a loucura e a sanidade; as evidentes funções sociais (ainda) cumpridas pelos hospícios na segregação de segmentos marginalizados da população; as constantes denúncias de violências contra os pacientes internados, fizeram com que a credibilidade do hospital psiquiátrico e, em última instância, da psiquiatria, logo chegasse aos mais baixos níveis (AMARANTE, 2007, p. 38).

Foram muitas as experiências de reformas que aconteceram em vários países. Amarante (1998, 2007) separa esses movimentos em dois grupos. O primeiro engloba a Comunidade Terapêutica (Inglaterra) e Psicoterapia Institucional (França), que foram experiências que investiram na reformulação na forma de gestão do próprio hospital, propondo mudanças na instituição. O segundo grupo, conhecido como Saúde Mental Comunitária, engloba a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva, experiências que acreditavam no esgotamento do modelo hospitalar e em sua substituição por serviços assistências que qualificaram o cuidado terapêutico, tornando as instituições hospitalares obsoletas.

Foi com a Psiquiatria de Setor que, pela primeira vez na história da assistência psiquiátrica, se falou em regionalização. A inovação trazida foi com relação ao acompanhamento terapêutico dos pacientes, que passou a ser realizados pela mesma equipe multiprofissional, tanto na instituição como na comunidade. A Psiquiatria Preventiva introduziu os conceitos de crise, desvio social, diferentes níveis de atenção preventiva (primária, secundária e terciária) e o conceito de “desinstitucionalização”.

Desinstitucionalização indica o processo pelo qual uma grande e redutora simplificação – aquela de recluir numa instituição as contradições do social – vem rejeitada e radicalmente desconstruída para que a complexidade das questões possa finalmente aparecer, para que se possa, na prática, confrontar-se com a mesma (ROTELLI, 2006, p. 301).

Influenciada por essas experiências internacionais, no Brasil, configuravam-se vários movimentos que resultaram na Reforma Psiquiátrica brasileira, dentre elas: a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAN), que foi o “episódio estopins” da reforma psiquiátrica brasileira; a organização do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), cujo objetivo foi constituir-se em um espaço de luta não institucional dos trabalhadores de saúde mental; a situação dos bolsistas residentes de psiquiatria que recebiam apenas um salário simbólico e eram responsáveis pelo tratamento dos doentes, situação que mobilizou profissionais de outras áreas e obteve apoio imediato do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e do Movimento de Renovação Médica (REME); e o lucro exorbitante das instituições psiquiátricas privadas, decorrentes da superlotação e períodos de internação muito prolongados (AMARANTE, 1998, 2007).

É relevante destacar a realização de congressos e encontros que foram fundamentais na organização dos movimentos estaduais e foram palcos de importantes discussões sobre os problemas da área como: o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, realizado em outubro de 1978; o I Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, em janeiro de 1979; o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, em novembro de 1979; O I Encontro Regional dos Trabalhadores de Saúde Mental, maio de 1980; e o VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria paralelo ao II Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, em agosto de 1980 (Amarante, 1998).

Todos esses fatores contribuíram para que fosse inserida constitucionalmente a Reforma Psiquiátrica, respaldada pela lei nº. 10.216/2001, de Paulo Delgado.

Essa lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, proíbe, em todo o Brasil, a construção de novos hospitais psiquiátricos e a contratação pelo serviço público de leitos e unidades particulares deste tipo e estabelece que os tratamentos devem ser realizados, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental

cuja a finalidade primordial seja a reinserção social do doente mental em seu meio (ANTUNES e QUEIROZ, p. 208, 2007).

Enquanto a lei nacional – 10.216/2001 – era debatida, leis estaduais e municipais foram aprovadas, provocando um avanço do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. No Ceará, foi aprovada a lei 12.151, de 29 de julho de 1993, que dispõe, principalmente, sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e a sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória (BRAGA e SILVA, 2000; AMARANTE, 2007).

Em substituição aos hospitais, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, para atender a demanda dos doentes mentais a partir da extinção progressiva destas instituições psiquiátricas. Conforme a lei nº. 10.216 / 2001, a expressão ‘serviços substitutivos’ passou a ser adotada no sentido de caracterizar o conjunto de estratégias que vislumbrassem efetivamente, tomar o lugar das instituições psiquiátricas clássicas e não para ser apenas um paralelo, simultâneos ou alternativos às mesmas (AMARANTE, 2007). Tais serviços são caracterizados como estruturas intermediárias entre a internação integral e a vida comunitária (ANTUNES e QUEIROZ, 2007).

Com a Reforma Psiquiátrica e a criação dos CAPS surge um novo modo de saber-fazer em saúde mental orientado pelo paradigma da desospitalização, da reabilitação psicossocial, da reinserção social, da retomada da autonomia e cidadania, pautado nos dispositivos de integralidade.

Para isso, se faz necessário o uso de novas ferramentas de cuidado, que inclui o uso de tecnologias em saúde, o relacionamento terapêutico, o trabalho em equipe dentro de uma perspectiva de interdisciplinaridade e de um novo conceito de clínica, isto é, a clínica ampliada.

2.2 A Integralidade nos Processos de Trabalho em Saúde Mental e a Clínica Ampliada

Quando se fala em integralidade, a primeira referência oficial que se tem é a VIII Conferência Nacional de Saúde que delibera pela necessidade de um Sistema Único de Saúde, “... proclamando a saúde como um direito, lançando os princípios de equidade, descentralização, universalidade, **integralidade**, regionalização e hierarquização para nortear o sistema de saúde” (CATENA; GALERA, 2002, p. 53).

Mattos (2003, p. 56) identifica três grandes conjuntos de sentidos para o termo: a integralidade usada para designar atributos e valores de algumas práticas de saúde, de alguns modos de organizar os serviços de saúde, e de algumas políticas de saúde. E especificamente diz que “a ausculta e escuta ampliada das necessidades de serviços de saúde de um sujeito qualquer é uma das características das práticas de saúde pautadas pela integralidade”.

Favoreto (2006) corrobora Mattos (2003) quanto ao sentido de integralidade usada para valorizar as práticas e organizar os serviços de saúde, quando afirma que esta, quando centra no sujeito, ou seja, nas suas necessidades, expectativas e demandas, obriga profissionais de saúde e serviços a discutir questões que são transversais às ações de saúde, como efetividade, continuidade do tratamento e terminalidade do mesmo, e ainda dá relevo às relações entre sujeitos envolvidos no processo de cuidado.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) configuram-se como um serviço substitutivo, criado a partir do movimento de Reforma Psiquiátrica, que consiste na (des)construção tanto dos conceitos de saúde mental em geral como os de práticas em psiquiatria, e pretende a revisão de posturas e ações terapêuticas.

No Campo da saúde mental, a contemporaneidade exige a construção de conhecimentos diversificados, interdisciplinares e intersetoriais para permitir espaços de autonomia ao sujeito portador de transtornos mentais. E é a enfermagem que vai atuar nesses espaços com o objetivo de cuidar das subjetividades, incentivando a conquista de uma vida descente (MACHADO e COVERO, p. 673, 2003).

Nos CAPS, torna-se possível uma ‘atitude clínica aberta’². Aberta porque pacientes e idéias podem circular livremente, interagir com outros agentes e influir na condução dos rumos da instituição. Aberta também porque permite a criação de novos saberes dentro do processo de cuidar no campo da saúde mental e de promover a autonomia dos sujeitos.

Os CAPS têm no objetivo de cura do paciente, a sua autonomia. Isto é, a perda dessa autonomia caracteriza o processo saúde-doença e a retomada dela é sinônimo de saúde. Os usuários percebem essa autonomia a partir da recuperação da auto-estima e mostram-se auto-suficientes; para eles, isso é cura (CAMPOS e SOARES, 2003; MOSTAZO e KIRSCHBAUM, 2003; ANTUNES e QUEIROZ, 2007).

² Esta expressão é definida como uma ação voltada para a exploração pluralista de modalidades de atenção ao sofrimento e resgate dos laços sociais daqueles que procuram ajuda (COSBISIER, 2006).

Garcia e Jorge (2006) vão mais além ao definir os CAPS como uma instituição direcionadora à autonomia do usuário, cujo profissional, ao desempenhar a possibilidade de cuidar na postura de anteposição, se preocupa e não se ocupa com a existência do portador de transtornos mentais, ajudando-o a tornar-se transparente para si mesmo e livre para a “cura”. A autonomia do usuário e tudo o que ela implica é o foco terapêutico.

É fora dos momentos de crise, isto é, no acompanhamento terapêutico realizado pela equipe multidisciplinar nos CAPS, que a intervenção se faz necessária, ou seja, no sentido de auxiliar o usuário na construção de seus projetos de vida, aumentando sua autonomia, contratualidade social e qualidade de vida (KODA e FERNANDES, 2007).

Aliada à idéia de autonomia está o acolhimento. A discussão envolve a legislação, os direitos dos pacientes, a ética no atendimento, bem como a elaboração de tecnologias de cuidado capazes de acolher e permitir a autonomia dos sujeitos com sofrimento psíquico. O discurso atual é bem misto e busca inclusive a elaboração de tecnologia de cuidado (MACHADO e COVERO, 2003).

Garcia e Jorge (2006) enfatizam que para reabilitar o usuário é necessário oferecer diariamente um tratamento de qualidade, cujo objetivo seja a criação de espaços de acolhimento aos mesmos.

Por acolhimento entendemos a escuta, a resolubilidade e o acesso. No CAPS da cidade de Santos, SP, podemos perceber o acolhimento na facilidade de acesso, pois o atendimento é realizado em tempo integral, isto é, nas 24 horas (ANDREOLI, 2004).

Quanto ao conceito de acesso os autores trazem associado a questão da cidadania. Isto é, o direito de ser atendido em suas necessidades de saúde, como um cidadão comum, perspassando todo o preconceito histórico vivido pelo “louco”, hoje indivíduo portador de transtornos mentais³.

Assim o doente mental é uma pessoa com um problema, e, estando sua doença em fase agudo-produtiva, na maioria das vezes necessita de um lugar especial com assistência específica, nada impedindo que esse lugar seja uma unidade dentro de um hospital geral (MACHADO e COVERO, 2003).

³ A Psiquiatria ao experimentar novas definições optou por adotar recentemente o termo ‘transtorno mental’. A legislação brasileira utiliza a expressão ‘os portadores de transtornos mentais’ (AMARANTE, 2007).

Mostazo e Kirschbaum (2003) vão mais além quando colocam que o caráter terapêutico das atividades ocupacionais é superada pela representação de trabalho, pois a idéia de cura dos usuários está vinculada à possibilidade de retomada do trabalho. Para os usuários, a condição de cidadão inserido no mercado de trabalho é uma consequência da eficácia do tratamento psiquiátrico.

Além deste papel de reinserção do doente mental no mercado de trabalho, a atividade ocupacional promove a conscientização dos direitos de cidadão através do cuidado horizontalizado, no qual todos são convidados a participarem das decisões (RIBEIRO e OLIVEIRA, 2005).

Cidadania, no contexto do desenvolvimento das Políticas de Bem-Estar Social nos países desenvolvidos, pressupõe direitos civis (liberdade individual, igualdade), políticos (direito de votar e ser votado) e social (bem-estar econômico e social). Porém, em sociedades periféricas como as latino-americanas e, especialmente, a brasileira, na qual as reivindicações emancipatórias no campo da subjetividade se combina ainda, necessariamente, com a luta por garantias mínimas no campo da cidadania social, constitui-se um desafio para todo o campo das políticas sociais e para a saúde coletiva (VASCONCELOS, 2006).

Outro dispositivo amplamente discutido na atenção psicossocial oferecida nos CAPS é o vínculo afetivo que deve se estabelecer entre profissional e usuário. Segundo esse conceito, os usuários recebem atenção em parte do dia ou durante o dia inteiro, inclusive à noite, estabelecendo-se um contrato de atendimento entre profissionais, usuários e familiares. Tal contrato é reajustado sempre que necessário, adequando-se à situação de cada pessoa e particularidades de seu percurso (KODA E FERNANDES, p.1457, 2007).

Muitas vezes, porém, a construção do vínculo afetivo na relação terapêutica com o paciente implica em crise de identidade do profissional acostumado ao tradicionalismo da Psiquiatria Antiga⁴ frente aos novos dispositivos da nova visão de saúde mental.

É o vínculo afetivo que permite a compreensão do fenômeno saúde-doença em termos ampliados e estabelece um limite à dimensão que define o processo saúde-doença em termos meramente biológicos. E ainda, observa-se, no que diz respeito tanto ao reconhecimento de que o envolvimento de aspectos afetivos, sociais e comunitários são fundamentais para a superação da doença como o reconhecimento da

⁴ Psiquiatria antes da Reforma Psiquiátrica, caracterizada pelos manicômios, maus tratos aos doentes mentais.

dificuldade de implementar, na prática, procedimentos que possam dar conta da complexidade desta dimensão (ANTUNES e QUEIROZ, 2007).

Garcia e Jorge (2006), ao associarem a forma autêntica de ser cuidador em saúde mental com o contato verdadeiro com o usuário, nos trazem uma das dificuldades em implementar o vínculo-afetivo nos serviços de saúde mental: a falta de empatia dos profissionais de saúde mental com os usuários e a falta de consciência política como atores de mudança. Em outras palavras, a alienação em relação ao vínculo afetivo com o paciente está relacionada a uma forma autêntica de ser cuidador em saúde mental; que passa, em primeiro lugar, pela autenticidade que os trabalhadores do CAPS podem ter consigo e com o serviço. As autoras ainda acrescentam que a Humanização se define nas relações de respeito; respeito do profissional pelo cliente através da credibilidade em sua capacidade de cura e reinserção social, que é conseguida através do vínculo afetivo.

Com relação à Enfermagem, a formação do vínculo-afetivo se configura como o objetivo maior da intervenção do profissional enfermeiro. E ainda, o agente de saúde deve atender à população, sustentando o vínculo do *cuidado em si*, e sustentar o vínculo que a clientela estabelece com o serviço de saúde (MACHADO e COVERO, 2003; ARANHA, SILVA e FONSECA, 2005).

Para sustentação desse vínculo usuário/sistema de saúde é imprescindível que o estabelecimento do vínculo com todos os profissionais que compõem a equipe de saúde mental da instituição seja efetuada e mantida. Nesse caso é necessária a conformação de equipes interdisciplinares.

A interdisciplinaridade é uma situação desejada ao que preconiza as normas regulamentadoras dos CAPS, que diz que todos tenham equipes interdisciplinares para que o cliente possa ser visto integralmente (PELISOLI e MOREIRA, 2005).

Campos e Soares (2003) referem-se a saberes multiprofissionais, destacando o modo de trabalho interdisciplinar, com múltiplas abordagens terapêuticas. Segundo os autores, é inegável a apropriação de instrumentos mais complexos do que aqueles que visam à redução de sintomas, valendo-se de conhecimentos de outras áreas.

E, além disso, o foco necessário para diagnóstico, tratamento e cura abrange as dimensões emocional, familiar e social do paciente. Ao penetrar o modo de vida do paciente, a causa da doença mental torna-se complexa e passa a exigir uma aproximação interdisciplinar (ANTUNES e QUEIROZ, 2007).

O sentido da interdisciplinaridade reside na oposição à concepção de que o conhecimento se processa em campos fechados, em mundos particulares, isolados dos processos e contextos histórico-culturais. E ainda, os profissionais vêem a interdisciplinaridade como única forma de conseguir bons resultados no interior dos objetivos propostos pela reforma psiquiátrica (ANTUNES e QUEIROZ, 2007).

Machado e Covero (2003) acrescentam que é importante enfatizar a atuação do profissional enfermeiro dentro da equipe, cujo desafio maior é buscar a assistência interdisciplinar através da integração, do aprimoramento profissional e das pesquisas.

Todos estes conceitos: acesso, vínculo, interdisciplinaridade, autonomia, cidadania, fazem parte de um conceito mais ampliado de clínica e cuidado clínico.

Na enfermagem, cuidado clínico se refere ao olhar do profissional, isto é, à assistência prestada ao usuário. Contudo observa-se que o cuidado clínico refere-se também às terapias holísticas. Embora o enfermeiro não pretenda “esgotar” todas as dimensões do ser humano ao se referir ao holismo, ele toma por base a definição ampla de saúde nos níveis físico, mental e social. Incluindo o cuidar de si para o cuidar do próximo, o que leva à preservação da vida como um todo.

O cuidado clínico envolve ambiente saudável, cultura, família, modos de enfrentamento do processo saúde-doença, modos de adaptação, dentre outros. São ações que levam à preservação da vida no planeta, à valorização e necessidade de um ambiente saudável para que se tenha qualidade de vida.

Considera-se a Clínica na perspectiva de uma ação, inserida num contexto social e cultural que se instrumentaliza de tecnologias leves e leve-duras, para procurar dar respostas singulares às necessidades e às demandas em saúde de pessoas que a ela recorrem.

Para o usuário, a essência da clínica se explica no cuidado ou na resposta ao sofrimento e às incertezas advindas de processos que limitam a capacidade de se caminhar nos projetos de vida (FAVORETO, 2006).

Como alternativa à clínica tradicional ou oficial, Campos (2003) propõe a clínica do sujeito, que busca superar o mecanicismo, a fragmentação e o tecnicismo biológico. Essa proposta parte de uma perspectiva fenomenológica, ou seja, no lugar da doença fica o sujeito. E não é um enfermo em geral, mas sim, um sujeito concreto, social e subjetivamente constituído.

A Clínica do Sujeito é assim denominada pela ênfase dada ao sujeito concreto portador de alguma enfermidade, e não mais na doença. Essa concepção não implica esquecer-se da existência de uma patologia, pois assim, como se combateria a enfermidade? Pôr a doença entre “parênteses”, como coloca Campos (2003), significa permitir a entrada em cena do paciente e seu contexto.

Campos (2003) classifica três tipos diferentes de clínica: a Clínica Oficial (ou Clínica clínica), a Clínica Degradada e uma outra Ampliada (Clínica do Sujeito). O termo “Degradada” refere-se a limites externos impostos à potência da Clínica médica.

A degradação e/ou a ampliação é em referência à Clínica Oficial. A Clínica Degradada resulta da mescla de uma política de saúde inadequada aliada ao comportamento alienado de médicos que atendem os usuários de forma padronizada, quase que independente da gravidade e das necessidades de cada um deles (CAMPOS, 2003, p. 60).

Fazendo um paralelo entre a prática clínica degradante dos médicos e a prática dos demais profissionais da saúde, em particular a enfermagem, podemos perceber nesta uma clínica degradada, através de um cuidado voltado ao cumprimento de normas e rotinas nas quais a referência ao paciente é feita pelo número do leito em que ocupa, não há uma preocupação com o meio sócio-cultural e ambiental do sujeito, nem uma opção para este sobre o seu tratamento.

Podemos ver claramente a semelhança entre essa prática clínica de Enfermagem degradante com o modelo de gestão taylorista, que tem como eixo conformador a Racionalidade Gerencial Hegemônica e é baseado na disciplina e no controle (CAMPOS, 2000).

As semelhanças com a teoria taylorista vão mais além. Podemos citar a divisão social do trabalho de enfermagem – auxiliares, técnicos e enfermeiros – que teve origem junto com a enfermagem moderna⁵ e que vai de encontro com o segundo e quarto princípio da teoria de Taylor, “separação entre trabalho intelectual, o momento da concepção, do da execução, [...], e centralização do poder de planejar e decidir”, respectivamente, que buscam limitar a autonomia e iniciativa do trabalhador (CAMPOS, 2005).

⁵ A enfermagem moderna tem suas origens a partir de Florence Nightingale com a cientificidade das teorias de enfermagem.

Outro exemplo bem significativo dessa semelhança na prática de enfermagem é vista no processo de trabalho em forma de protocolos operacionais padrão, que padroniza o cuidado deixando a subjetividade do profissional e do usuário de fora, além de controlar e determinar as condutas do profissional enfermeiro, tirando dele toda a autonomia no processo de cuidar, caracterizando a Clínica Degradada.

A Clínica Oficial ou Clínica-clínica tem o seu objeto diminuído pois se ocupa do biologicismo, orientado pelo antigo e ultrapassado modelo positivista-biomédico que autoriza a multiplicação de especialidades fragmentando o trabalho em saúde. A consequência é a capacidade resolutiva do profissional generalista diminuída em detrimento dos especialistas, transformando o sujeito doente em uma “bola de neve” que, ao passar de uma especialidade a outra, tem seus problemas de saúde aumentados e nem sempre resolvidos.

A Clínica do Sujeito tenta superar todos os problemas enfrentados pela clínica oficial sugerindo a interdisciplinaridade entre as diversas especialidades. O clínico coordena o tratamento sob o apoio do especialista em colaboração com toda a equipe envolvida na atenção àquele sujeito doente. A Clínica Ampliada pretende a construção de vínculo entre clínico e sujeito, tenta superar a fragmentação entre a biologia, subjetividade e sociabilidade (CAMPOS, 2003).

Uma das formas de se ampliar a clínica e trazê-la de encontro ao sujeito é valorizando a instrumentalização da narrativa como ferramenta que possibilita a exposição do sujeito. A narrativa que as pessoas constroem e trazem para o encontro clínico é uma forma de expressar as necessidades sentidas e valorizadas em seu cotidiano (FAVORETO, 2006). Assim, valorizando a narrativa do sujeito, estaremos “democratizando o poder⁶” na micropolítica e na relação profissional-usuário dos serviços de saúde.

Esta prática clínica que valoriza o fortalecimento do sujeito vai contra o método taylorista. De acordo com Campos (2005), o fortalecimento dos sujeitos se daria a partir da ampliação da capacidade de análise e intervenção do sujeito e dos grupos, a partir de um sistema de co-gestão. Trazendo essa concepção para a prática clínica, promovemos o fortalecimento do sujeito a partir da participação dos usuários dos sistemas de saúde nas decisões acerca de seu tratamento, assim como proporcionando a

⁶ Termo adaptado de CAMPOS, 2005, p. 44, ao ressaltar a dimensão do sujeito que implica democratizar o poder.

autonomia destes em decidir sobre os rumos do tratamento a partir de um cardápio de intervenções oferecidas pelo sistema de saúde.

CAPÍTULO III

CAMINHAR METODOLÓGICO

3. CAMINHAR METODOLÓGICO

Neste estudo, procuramos discutir o processo de trabalho da Equipe de Saúde Mental do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, partindo da observação da prática e da compreensão que os sujeitos portam de seu trabalho e dos aspectos a ele relacionados.

Para responder ao objetivo proposto, fizemos a opção por uma abordagem qualitativa, dentro de uma perspectiva crítico-analítica, pois temos como objeto de estudo os processos de trabalho da equipe de trabalhadores do CAPS de Quixadá, cuja realidade não pode ser quantificada. Entendemos os sujeitos do estudo como “gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social, pertencente a determinado grupo social ou classe, com suas crenças, valores e significados (MINAYO, 1999).

3.1. Campo empírico do estudo – Quixadá - CE

Optamos por realizar a investigação no CAPS de Quixadá porque, entre as cidades do estado do Ceará que possuem CAPS, Quixadá se destaca por ser referência em saúde mental para cidades vizinhas e por ter raízes culturais e sociais muito fortes, o que caracteriza um serviço comprometido com a saúde mental da população.

Quixadá tem uma área de 2.059 Km², uma população estimada pelo censo do IBGE de 1999 de 69.504 habitantes com densidade populacional de 27,16 hab./Km². Faz parte do chamado semi-árido nordestino, caracterizado por solos que se encharcam na chuva e ressecam facilmente nos períodos de estiagem, lençóis de água superficiais geralmente salinizados, vegetação típica da caatinga, clima tropical quente. As atividades econômicas giram em torno do comércio, do sub-setor serviços e da avicultura. Possui um pólo universitário que a transformou no mais importante centro de geração de conhecimento do sertão cearense.

O CAPS de Quixadá foi inaugurado em 1993, é o terceiro serviço dessa natureza no Ceará (o primeiro é o CAPS/Iguatu e o segundo é o CAPS/Canindé), sem financiamento próprio e planejado para ser uma política de saúde mental para a cidade,

quando no Brasil ainda começava a surgir os primeiros serviços extra-hospitalares destinados a pacientes egressos de hospitais psiquiátricos. O CAPS - Quixadá, nasceu por uma vontade política da gestão local, com uma equipe extremamente envolvida com o movimento de desinstitucionalização e com vontade de inovar, articulado com a sociedade, para transformar a cultura da cidade, convidando a população para discutir e dividir a responsabilidade de construir uma política de saúde mental.

Ele tem suas raízes sociais e culturais muito fortes, ele não nasce preso à normatizações. Ele se planeja, estabelece-se e depois vai se adequando às normatizações.

Ele se estabelece nesse contexto de construção do sistema de saúde local, pois nasce no mesmo período de implantação do PSF, sob o princípio da universalidade e integralidade. Em termos de eficácia, tem-se logo no primeiro ano de implantação uma redução de cem para seis internações ao ano.

Após 15 anos de implantação, o CAPS - Quixadá vive um momento de avaliação e de reflexão acerca do sentido que é dado às suas práticas.

O CAPS - Quixadá desenvolve ações de referência/complementação à equipe básica de saúde mental (psiquiatra, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e arte-educador), como campo de estágio para essas profissões e campo de pesquisa para as universidades. Sua equipe é formada de dezoito trabalhadores, sendo oito deles profissionais de nível superior. Seu Banco de Dados é composto de 3.500 prontuários, dos quais 800 são referentes aos portadores de transtorno psicótico. Contém o registro de ações mediadas pela Secretaria de Educação, Secretaria de Ação Social e Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2006).

Em Quixadá, a equipe técnica multiprofissional realiza atividades tais como: atendimento individual: medicamentoso, psicoterápico (psiquiátrico e psicológico), social; atendimento em grupo: grupo operativo, psicoterapia, arteterapia, terapia ocupacional, musico-terapia, biodança, ginástica, auto-expressão, leitura, produção textual, atendimento familiar, visitas domiciliares. Além dessas, são realizadas atividades em parcerias com universidades e com programas de saúde federal: FECLESC, Universidade Católica Rainha do Sertão, projeto Mexa-se.

O CAPS em estudo localiza-se no centro de Quixadá-CE. O local é de fácil acesso para os moradores de Quixadá. Porém, para os moradores de zona rural e

distritos, o acesso é feito através de transportes coletivos particulares que saem diariamente de cada localidade com horário de chegada e saída pré-estabelecido.

3.2 Técnicas de coleta de dados

Para obtenção dos dados qualitativos referentes à análise dos processos de trabalhos tendo como eixos analisadores o acolhimento, o vínculo-responsabilização, a interdisciplinaridade e a clínica ampliada, foram utilizadas duas técnicas de coleta de dados: a entrevista semi-estruturada e a observação sistemática das práticas, desenvolvidas no CAPS de Quixadá no Ceará.

A entrevista semi-estruturada foi realizada com roteiro orientador (Apêndice A e B) para os três grupos. Por se tratar de uma técnica privilegiada de coleta de informações para as ciências sociais, oferecendo a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e, ao mesmo tempo, ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (MINAYO, 1999).

As questões orientadoras, utilizadas para a condução das entrevistas foram elaboradas de forma que tivéssemos o relato individual de cada sujeito acerca dos seguintes temas:

A) Processo de trabalho entre trabalhadores e usuários: acesso, postura da equipe, tecnologias do cuidado, saberes e práticas, reorientação dos serviços de saúde mental, afetividade, continuidade do tratamento, relação terapêutica, relação interprofissionais, conhecimento interdisciplinares, resolubilidade, dentre outros.

B) Significado do processo de cuidar para os trabalhadores de saúde mental.

As entrevistas foram registradas através de gravações por permitir uma maior liberdade de fala ao sujeito, possibilitando o aproveitamento integral de toda a sua fala.

Na transcrição das entrevistas gravadas, mantivemos a informação como foi dada, na forma usada pelo interlocutor, mesmo estando em desacordo com a norma gramatical oficial, vícios de linguagem e pausas.

O cronograma das entrevistas foi elaborado com o consentimento da

coordenadora do serviço, a qual era avisada com um dia de antecedência a respeito de nossa chegada ao CAPS para a realização das entrevistas, que eram feitas ora com os usuários, ora com os familiares e ora com trabalhadores do serviço, de acordo com a disponibilidade destes.

Antes de iniciarmos as entrevistas, apresentamos o projeto de pesquisa a todos os trabalhadores, no dia da supervisão do serviço, visto que neste dia todos estavam reunidos e as atividades no CAPS estavam suspensas.

Todos os entrevistados receberam um código a fim de evitar sua identificação, conforme os princípios éticos de pesquisa em saúde.

Grupo de trabalhadores – GT_01 ao GT_11

Grupo de Usuário – GU_01 ao GU_11

Grupo de familiares – GF_01 ao GF_06

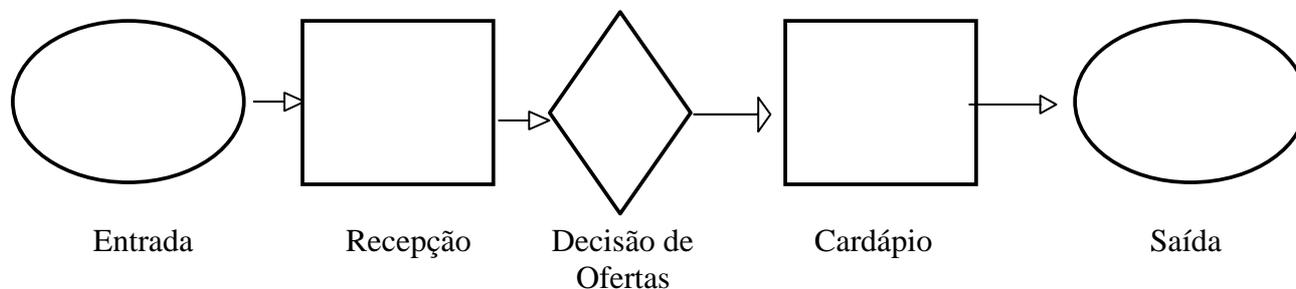
As entrevistas e observações ocorreram no mês de maio de 2008.

As observações do processo de trabalho foram realizadas no intuito de dialogar com os modos como, no dia-a dia, os trabalhadores de saúde e os usuários dos serviços produzem-se mutuamente: as suas subjetividades, os modos de sentir, de representar e de vivenciar necessidades. Pois, na defesa de um sistema de saúde para todos, pautado pela integralidade, é importante conhecer como se estruturam e gerenciam-se os processos de trabalho nos estabelecimentos que ofertam serviços de saúde mental (MERHY, 2002).

Para esse fim utilizamos o “fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde” baseado em Merhy (2002), que orientou a observação sistemática, possibilitando o confronto com os dados apreendidos entre a representação (fala/depoimento) e a prática concreta nos serviços de saúde mental. Sobre essa técnica, Chizzotti (1995) esclarece que o pesquisador observa os eventos no momento concreto da ação e pode fazer relações com outros atos que interagem na sua ocorrência, permitindo, assim, uma percepção mais compreensiva do objeto em estudo. Os símbolos utilizados para a construção deste diagrama são padronizados universalmente. Por exemplo, a elipse mostra tanto o início da cadeia produtiva quanto o fim. O retângulo representa os momentos de consumo de recursos e produção de produtos bem definidos. Através de um losango, representa-se o processo de decisão de caminhos a serem seguidos, são

momentos de decisões e de possibilidades de percursos para se atingir etapas seguintes distintas.

Figura 3: Fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde. Merhy, 2002.



Na ENTRADA, observamos quanto aos usuários que chegam: de onde vêm? Por que procuraram? Pertence à cidade? São da área de abrangência do serviço?

Na RECEPÇÃO registramos, no serviço, como estes usuários foram recebidos, quais as maneiras distintas que o mesmo serviço pratica, quem faz esse trabalho, em que momento, onde os usuários ficam.

Na DECISÃO de ofertas, registramos os distintos critérios de que os serviços se utilizam para poder dizer se o que o usuário está trazendo como um “problema de saúde” será ou não objeto de ação do serviço, enquanto uma certa intervenção tecno-assistencial. Nesse momento, o usuário terá três caminhos possíveis: 1. será enviado para a próxima etapa do processo, que é a da intervenção tecnológica em saúde; 2. será mandado para um outro serviço; ou 3. simplesmente será negado qualquer alternativa de assistência.

O CARDÁPIO, isto é, a intervenção tecnológica (próximo passo do processo), é traduzido no serviço, a partir das ofertas de ações expressas por um verdadeiro cardápio de intervenções a serem realizadas pelos mais diferentes profissionais e nos mais diferentes lugares. Observamos tanto os tipos de consultas mais clássicas que um médico realiza em um consultório quanto as que ele realiza no corredor de um modo simples e rápido. Nesse momento, interessou-nos descrever o que se faz com os que entram, como se faz e a quem.

Na SAÍDA, observamos como saem os que sofreram intervenção.

Para montar o Fluxograma analisador resumo, analisador do modelo de atenção de um serviço, basta o estudo de um dia para se visualizar a composição de uma primeira janela, porque do ponto de vista de um modelo, um dia é igual ao outro (Merhy, 2002). Assim, observamos o serviço durante um dia inteiro, perfazendo um total de 8 horas de observação.

O registro das observações foi realizado em diário de campo, procurando torná-lo o mais completo e exato possível, próximo à realidade observada.

3.3 - Participantes do estudo

Ao estudarmos o processo de trabalho da equipe multiprofissional do CAPS de Quixadá-CE, entendemos que seria importante entrevistar toda a equipe que atua no serviço e não apenas a equipe técnica, de nível superior, que presta cuidados diretos ao usuário, pois todos dividem um espaço coletivo na prestação da atenção interferindo, direta ou indiretamente, no trabalho dos demais profissionais.

Para conformar os sujeitos estudados, foram classificados a partir da divisão em três grupos (Quadro 1).

Quadro 1 - Grupos de participantes do estudo.

<i>GRUPO</i>	<i>Nº. DE SUJEITOS ENTREVISTADOS</i>
Trabalhadores de Saúde mental	11
Usuários	11
Familiares	6
TOTAL	28

Durante o período de coleta de dados, havia dezoito profissionais trabalhando no CAPS. Destes, foram excluídos do estudo sete profissionais: dois estavam de férias, um encontrava-se em licença maternidade e quatro faziam parte de

um projeto da prefeitura “pró-jovem” e, por permanecer no serviço somente durante seis meses, foram excluídos. No total, foram realizadas onze entrevistas (ver quadro 2).

Quadro 2 – Representantes do Grupo de Trabalhadores.

<i>Grupo de Trabalhadores</i>	<i>Nº. de entrevistas</i>
Psiquiatra	1
Enfermeiro	1
Psicólogo	1
Assistente social	1
Pedagogo/Arteterapeuta	1
Terapeuta Ocupacional	1
Aux./Tec. de enfermagem	1
Recepcionista	2
Secretária	1
Copeira	1
Total	11

Com relação ao grupo de usuários e familiares foram realizadas onze entrevistas com usuários e seis entrevistas com familiares, obtendo para os dois grupos a saturação teórico-empírica. Ressaltamos que foram excluídos do estudo os usuários em crise, os que demonstrarem incoerência nas respostas e os analfabetos devido à impossibilidade de assinar o TCLE.

3.3.1 Perfil profissional do Grupo de Trabalhadores

Para possibilitar ao leitor desta investigação um maior entendimento do objeto em estudo, consideramos importante traçar um perfil dos sujeitos que participaram desta pesquisa, o que apresentamos no quadro 3.

Quadro 3 – Perfil profissional do Grupo de Trabalhadores.

<i>CÓDIGO</i>	<i>SEXO</i>	<i>IDADE</i>	<i>TEMPO DE FORMAÇÃO</i>	<i>TEMPO NA UNIDADE</i>	<i>EXPERIÊNCIA (anterior) EM SAÚDE MENTAL</i>
Equipe Técnica					
GT_01	M	48	14 anos	3 anos	Sim
GT_04	M	39	16 anos	14 anos	Não
GT_05	M	43	10 anos	10 anos	Sim
GT_06	F	36	8 anos	2 anos	Não
GT_09	F	31	9 anos	7 anos	Não
GT_10	F	26	1 ano e 4 m	1 anos e 4 meses	Não
Equipe de Apoio					
GT_02	F	58	-	3 anos	Não
GT_03	F	44	-	13 anos	Sim
GT_07	M	-	-	15 anos	-
GT_08	F	22	-	6 meses	Não
GT_11	F	-	-	-	Não

Chamamos de equipe técnica os profissionais de nível superior responsáveis diretamente pelo plano terapêutico do usuário do CAPS e equipe de apoio os profissionais que trabalham na organização do serviço. A equipe técnica do CAPS de Quixadá é formada por um profissional das seguintes especialidades: psiquiatria, psicologia, serviço social, terapia ocupacional, enfermagem e pedagogia/arteterapia. A equipe de apoio é formada por: dois recepcionistas, uma secretária, dois aux./téc. de enfermagem, dois auxiliares de serviços gerais, um motorista e dois vigias.

O tempo de formação de 60% dos profissionais da equipe técnica é superior a nove anos e o de atuação no serviço é superior a sete anos. Percebe-se que a equipe é bastante antiga e alguns até acompanharam o período de implantação do serviço. Esse vínculo dos profissionais com o serviço e com a comunidade além do compromisso com a mudança paradigmática na saúde mental são os motivos para a permanência dos profissionais no serviço. Segundo informações dos próprios trabalhadores, outros que saíram do serviço foram por necessidades pessoais de mudança e não por iniciativa da gestão.

Com relação a formação, temos um trabalhador com mestrado em saúde pública, um com especialização em gerência de sistemas de saúde e três são docentes de ensino superior.

3.4 Questões Éticas

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), que também julgou a pertinência do Projeto e dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D-G), construídos para cada grupo de sujeitos entrevistados (Grupo I, II e III), e do objetivo da pesquisa e dos riscos a que estão vulneráveis os sujeitos da pesquisa, atendendo aos princípios éticos, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2000). O Projeto foi aprovado em reunião plenária, realizada dia 21 de março de 2008, conforme processo nº. 07529060-0.

No dia 24 de Abril de 2008, com a Pesquisa já aprovada pelo Comitê de Ética, apresentamos o projeto a todos os profissionais do CAPS, no intuito de convencê-los a participarem da pesquisa, os quais concordaram com unanimidade. No dia 06 de maio de 2008, iniciamos os trabalhos de campo com as entrevistas. As observações foram realizadas no dia 26 de Maio de 2008, ao final da realização das entrevistas.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado em duas vias por todos os sujeitos entrevistados.

3.5 Análise de dados

Na análise do material empírico, para melhor entendermos as

questões levantadas neste estudo, utilizamos a abordagem qualitativa numa perspectiva crítico-analítica.

A abordagem qualitativa apresentou-se como suporte para o estudo do processo de trabalho no CAPS de Quixadá-Ce, por este ser parte de uma realidade complexa. Sendo assim a pesquisa qualitativa preocupa-se com uma realidade que não pode ser quantificada, trabalha com o universo dos significados das ações, motivos, crenças, aspirações, valores, atitudes e relações humanas, captadas a partir do olhar do pesquisador, ou seja, preocupa-se em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais (MINAYO, 1999).

A perspectiva crítico-analítica nos permitiu fazer uma discussão crítica da realidade estudada, fazendo um diálogo com diversos autores da referida temática tendo como ponto de partida as convergências, divergências, complementaridades e diferenças emergentes nas categorias de análise.

3.5.1 Ordenação dos dados

No primeiro contato com os dados brutos, realizamos a transcrição fiel e a leitura geral do conjunto das entrevistas gravadas. Em seguida, procedemos à organização dos dados contemplados nas entrevistas e observações, com o objetivo de estabelecer um mapeamento horizontal do material empírico coletado no campo de estudo, organizando-o em diferentes conjuntos. Classificamos as entrevistas nos Grupos I, II e III e as observações foram organizadas de acordo com o fluxograma analisador (Figura 3).

3.5.2 Classificação dos dados

A classificação dos dados foi feita de acordo com Assis, 1998.

1º Passo: realizamos a leitura exaustiva e "flutuante" dos textos contidos nas entrevistas e observações, recortando os trechos de cada fala que se relacionavam ao objeto em estudo e realizando uma síntese geral, também denominada de síntese vertical, de cada núcleo de sentido (quadro 4). A síntese vertical de cada entrevista possibilitou a visualização das idéias centrais sobre o tema em foco, e a construção das categorias

empíricas, a partir de algumas convergências encontradas, o que caracteriza o sentido das representações das falas ou outras formas de expressão, relacionadas ao objeto de estudo com direcionamento para sistematizar a análise (ASSIS, 1998).

Quadro 4 – Modelo do quadro construído para análise dos dados.

Entrevistado	1	2	3	...	11	Síntese Horizontal
Núcleos de Sentido						
Características dos participantes						
Oferta						
Atos						
Rotinas						
Processo de Trabalho			G			
Demanda			A			
Articulação entre trabalhadores			V			
Instrumentos			E			
Interesses em Jogo			T			
Saberes Utilizados na prática de Saúde Mental			A			
Relacionamento em equipe			S			
Relacionamento trabalhador-usuário						
Concepção de Cuidar em Saúde Mental						
Síntese Vertical						

A identificação de vários núcleos de sentido, nas entrevistas e observações contribuíram para a estruturação das categorias empíricas (Quadro 5).

Após a elaboração das categorias empíricas, selecionamos, em cada entrevista, as falas que se identificam com as categorias, "recortando-as" e "colando-as" na categoria correspondente. Em seguida, fizemos a síntese de todos os trechos recortados, em cada categoria, e montamos um quadro de análise para os grupos entrevistados, como pode ser visto no modelo apresentado no quadro 5, adaptado de

Rodrigues, 2005.

Quadro 5 – Modelo de quadro construído para análise dos dados após identificação das categorias empíricas

Entrevistado	1	2	3	...	11	Síntese Horizontal
Categorias empíricas						
1. Micropolítica do trabalho em saúde mental: orquestração do trabalho em equipe						Convergências Divergências Complementar Diferente
2. Oferta e demanda dos Centros de Atenção Psicossocial: um olhar sobre as práticas de enfermagem e equipe multiprofissional						IDEM
3. Tecnologias das relações entre trabalhadores de saúde, usuários e familiares						IDEM
4. Significados do cuidar em Saúde Mental						IDEM
SÍNTESE VERTICAL						IDEM

2º Passo - após a montagem dos quadros de análise para os grupos de entrevistados, iniciamos a segunda etapa com a leitura transversal de cada corpo de comunicação, estruturado a partir das categorias empíricas. Procuramos fazer um cruzamento das idéias contidas nos diferentes grupos que compõem a análise, fazendo-se a filtragem dos temas mais relevantes relacionados ao objeto, às questões orientadoras e aos pressupostos teóricos, buscando-se o confronto de idéias entre as diferentes representações específicas e singulares, num processo de refinamento e aprofundamento classificatório.

3.5.2 Análise final dos dados

Enfatiza essa análise, segundo Assis (1998), o encontro da especificidade do objeto, pela prova do vivido, com as relações essenciais que são estabelecidas nas condições reais e na ação particular e social. A análise de um contexto histórico-estrutural específico exige um movimento contínuo entre os dados empíricos e o referencial teórico eleito pelo pesquisador.

Após a classificação dos discursos dos entrevistados e as observações realizadas, componentes das categorias empíricas, realizamos as sínteses horizontais e verticais, e procedemos ao confronto entre os sujeitos e observações da prática, agrupando as idéias convergentes, divergentes, complementares e diferentes.

Fizemos, então, a análise dos dados empíricos, tendo como referência as categorias empíricas que emergiram dos dados. A partir do material construído durante as entrevistas e as observações realizadas, cruzamos as diferentes informações levantadas, articulando-as com o referencial teórico, através da técnica de triangulação do material empírico, o que, referendado por Trivinos (1992), possibilitou às várias dimensões do processo investigativo confrontarem-se entre si.

Para Minayo (1999), essa intersecção de diferentes olhares possibilita a verificação e validação da pesquisa por meio do uso simultâneo de diversas técnicas de análise, diferentes sujeitos e pontos de vistas distintos.

CAPÍTULO IV

MICROPOLÍTICA DO TRABALHO NA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL: Tecnologias em Saúde, Saberes e Práticas na dimensão Clínica do Cuidar

4. MICROPOLÍTICA DO TRABALHO NA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL: Tecnologias em Saúde, Saberes e Práticas na Dimensão Clínica do Cuidar.

A triangulação de diferentes técnicas de obtenção de dados – entrevista semi-estruturada, fluxograma analisador do modelo de atenção e observação – possibilitou o confronto das várias dimensões do processo investigativo. Estudamos o processo de trabalho da equipe de saúde mental do CAPS de Quixadá-Ce e a sua constituição, articulando as convergências de conteúdos e idéias dos diferentes trabalhadores do serviço.

A análise do material adquirido propiciou a construção de quatro categorias empíricas: 1- Micropolítica do trabalho em saúde mental: orquestração do trabalho em equipe; 2 - Oferta e demanda dos Centros de atenção psicossocial: um olhar sobre as práticas de enfermagem e equipe multiprofissional; 3 - Tecnologias das relações entre trabalhadores de saúde, usuários e familiares; e 4 – Significados do cuidar em Saúde mental. A partir destas categorias, fomos elaborando o capítulo de análise e discussão dos resultados, que será apresentado a seguir.

4.1 - MICROPOLÍTICA DO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: orquestração do trabalho em equipe

Ao iniciar uma discussão acerca de processo de trabalho, temos que nos reportar a Marx, que foi o primeiro autor a fazer uma teoria sobre o assunto. Porém, ao escrever a sua teoria sobre o trabalho, Marx tinha como exemplos o processo de trabalho das fábricas e indústrias, caracterizados por um forte componente capturante da autonomia do trabalhador através das máquinas, rotinas estabelecidas e teorias administrativas.

Na visão marxista, o trabalho se caracteriza por um processo de participação da natureza e do homem. Este, através de suas ações, do seu trabalho vivo, regula e controla seu intercâmbio material com aquela.

Há autores, porém, que, ao pensar o trabalho nas organizações e instituições capitalistas, discordam dessa visão do trabalho enquanto uma troca entre homem e natureza. No modo de produção capitalista, a finalidade do trabalho é produzir o lucro, transformando o trabalho não mais em uma relação de intercâmbio com a natureza para

satisfazer as necessidades vitais, mas em um trabalho alienado que responde às necessidades do capital (ANTUNES, 2000).

Partimos da compreensão que o processo de produção de serviços de saúde insere-se no setor terceiro da economia, valendo-se de diversos processos de trabalho organizados com a finalidade de aperfeiçoar o objeto, utilizando meios (instituições do território) e instrumentos (saberes, tecnologias, práticas, força de trabalho); e o trabalho em si (dinâmica, organização e divisão do trabalho) (QUEIROZ e SALUM, 1996).

Ao levar a teoria marxista para o campo da saúde, algumas perguntas ficam sem respostas, pois o trabalho em saúde tem uma especificidade muito particular: todo o produto é consumido em ato, ou seja, assim como na educação, o trabalho em saúde é relacional.

O trabalho em saúde tem como finalidade responder às necessidades de um determinado grupo, o que lhe confere uma dimensão social, e transformam-se nos diferentes momentos do desenvolvimento do conhecimento e da vida em sociedade (CAMPOS e SOARES, 2003).

Merhy (1997) especifica que essas necessidades podem ser traduzidas nas demandas de saúde, que vão além das carências dos sujeitos que procuram os serviços. No caso da saúde, o usuário de um serviço vai atrás do consumo de algo (as ações de saúde) que tem um valor de uso fundamental, caracterizado como sendo o de permitir que a sua saúde seja mantida ou restabelecida e, assim, a troca lhe permite o acesso a algo com um valor de uso inestimável, cuja finalidade é mantê-lo vivo e com autonomia para exercer seu modo de caminhar na vida.

Para produzir serviços de saúde que respondam às necessidades de sujeitos acometidos por transtornos mentais, é interessante investigar o modo como os trabalhadores de saúde atuam nos seus processos de trabalho na cotidianidade dos serviços. Essa investigação ainda se torna mais necessária ao levarmos em consideração o contexto de reformulação dos saberes e práticas dentro dos serviços substitutivos, em especial os CAPS, objeto de estudo desta investigação.

Os discursos abaixo revelam um processo de trabalho desenvolvido num sentido prático de complementaridade entre profissionais. É uma característica própria dos trabalhadores da equipe de saúde mental do CAPS de Quixadá-Ce. Essa parceria acontece tendo em vista dois aspectos: o primeiro relaciona-se à realização de um acolhimento com objetivo de triagem, no qual um dos profissionais trabalha antecipadamente com o usuário para identificar suas necessidades e encaminhar para

outro profissional específico para trabalhar aquela demanda; o segundo está relacionado a uma busca por um cuidado integral, em que, ao se esgotar as possibilidades de atendimento por um profissional (medicamentoso, por exemplo), o usuário é encaminhado a outro da equipe para que possa trabalhar outras demandas (de socialização, financeira, física, entre outras).

Eu atendo algumas crianças que não vêm exatamente pra mim, vêm pra psicologia e aí enquanto tá na psicologia eu tenho um trabalho, um acolhimento, pra trabalhar, pra brincar com lúdicos, com jogos pedagógicos, desenhos é, pintura, desenhos... eu faço uma espécie de triagem pra quando chegar no psicólogo ele já ter uma idéia de qual a dificuldade da criança quando vem pra cá (Grupo de Trabalhadores).

Eles chegam até mim encaminhados por outros profissionais, [...], então qualquer um profissional ele pode encaminhar pra mim, mas quem mais encaminha é o médico (Grupo de Trabalhadores).

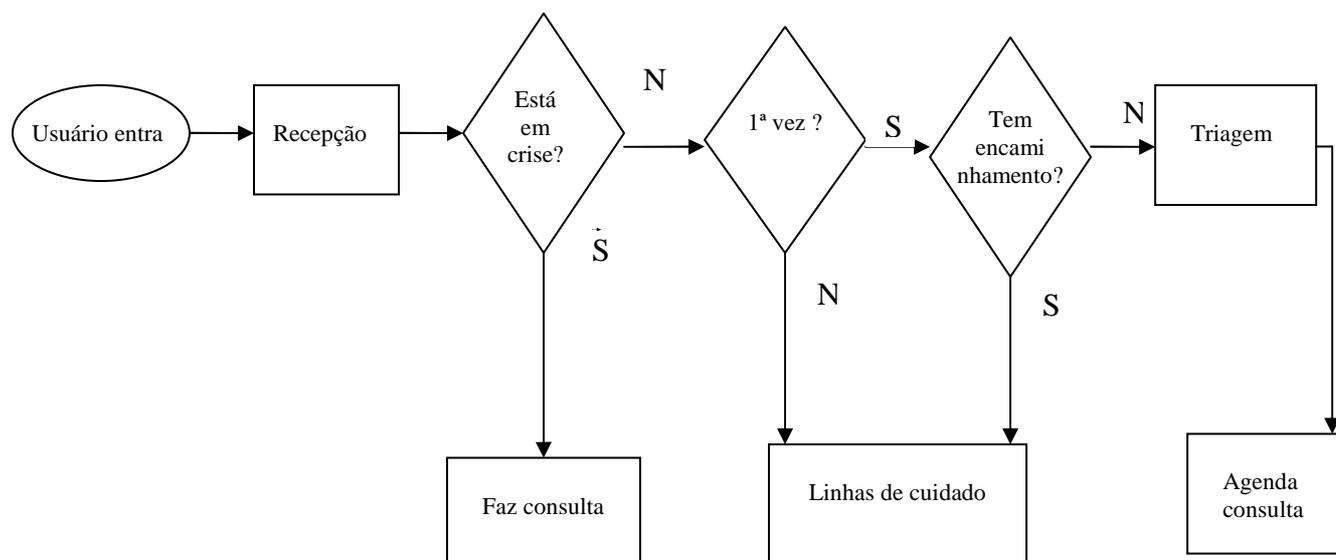
Ao nos referirmos, no parágrafo anterior, “à realização **de um acolhimento** com objetivo de triagem”, estávamos enfatizando a prática de um princípio de acolhimento, entre outros princípios listados por Franco, Bueno e Merhy (1999), a partir do qual se propõe a atuar como dispositivo de mudança no modelo de atenção praticado a partir da inversão da lógica de organização e funcionamento do CAPS. Eis os princípios: Garantia da acessibilidade universal a partir do atendimento a todas as pessoas que procuram o serviço; reorganização do processo de trabalho dentro do CAPS a fim de deslocar seu eixo central que gira em torno do psiquiatra e psicólogo para outros profissionais da equipe interdisciplinar; qualificação da relação trabalhador-usuário a partir da prática de humanização, solidariedade e cidadania.

Reconhecemos, por meio dos discursos dos profissionais e observações da prática cotidiana dos CAPS, que o acolhimento permeia todo o processo de trabalho dos profissionais do CAPS, porém ainda deixa muitos espaços vazios. Espaços que poderiam estar sendo preenchidos por informações, por palavras de apoio, solidariedade, e até por um “bom dia”!

Veremos esse acolhimento e esses espaços vazios a seguir, através do fluxograma analisador de um modelo de atenção proposto por Merhy (1997, 2002), que trata de uma representação gráfica do processo de trabalho em unidades de saúde, elaborado de forma centrada no usuário (MERHY, 1997, 2002; SANTOS, ASSIS, RODRIGUES et al, 2007).

O fluxograma da figura seguinte representa esquematicamente a entrada do usuário no serviço, foi construído através da observação feita e por entrevista aos trabalhadores.

Figura 4 : Fluxograma da entrada do usuário no CAPS Quixadá-CE. 2008.



Ao adentrar a recepção do CAPS, os usuários são recebidos por dois trabalhadores responsáveis pela recepção e organização do atendimento. Eles identificam três possíveis tipos de usuários de acordo com o modo como se deu a chegada ao serviço: se está apresentando uma crise psiquiátrica, portanto necessitando de avaliação imediata; se é consulta de rotina ou se vem através de encaminhamento.

É importante enfatizarmos que esses profissionais são os responsáveis por identificar a necessidade de atendimento imediato num usuário em crise. Essa identificação é feita através do comportamento do usuário ou por informações fornecidas pelos familiares que chegam ou ligam para o serviço relatando o estado psicobiológico do mesmo.

Independente da demanda apresentada pelo sujeito que procura o CAPS, quando o agendamento não está feito, o recepcionista faz um certo “acolhimento”, no qual ele identifica a necessidade de atendimento daquele usuário. Nesse momento, observamos a capacidade que esse trabalhador tem em distinguir entre um quadro de

sofrimento psíquico agudo, que necessita de uma intervenção imediata, e um usuário estável, além de um intenso trabalho de articulação entre os demais trabalhadores do serviço.

O acolhimento, representado no fluxograma pela triagem e definido como uma intervenção tecno-assistencial, é realizado, em um primeiro momento, pelo trabalhador da recepção que faz uma escuta da demanda trazida pelo usuário. Após esta escuta, aquele trabalhador com toda sua caixa de ferramenta, representada aqui pela sua experiência no serviço, decide o que fazer.

Durante o período em que estivemos observando, as demandas trazidas por usuários cujo agendamento não coincidia com aquele dia foram atestados para a perícia do INSS e intervenção terapêutica devido a estado de crise aguda. No primeiro caso, fora concordado em equipe que esses usuários teriam que ser atendidos, ou seja, arranjar-se um espaço na agenda para dar atestados para usuários que já possuam prontuário no CAPS. Nos casos de usuários em crise, é feito uma interconsulta com o profissional da equipe técnica que esteja mais disponível, para que este tente resolver o problema. Em casos graves, o atendimento psiquiátrico é feito com total prioridade sobre os demais usuários que estão aguardando.

No momento em que chega um paciente em crise, é atendido de imediato. Geralmente quem faz esse atendimento é o psiquiatra, porém, no período em que estivemos observando, um dos atendimentos foi feito pela equipe multiprofissional (psiquiatra, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e terapeuta ocupacional).

A usuária chegou de um distrito vizinho acompanhada por um familiar. Logo cedinho ele havia ligado para o CAPS para informar o estado de sua esposa. Ficaram a manhã inteira aguardando e isso gerou muita expectativa por parte dos trabalhadores do CAPS, até a copeira se envolveu no caso. Ao chegar, a usuária foi encaminhada imediatamente para a sala de enfermagem, onde a enfermeira e o auxiliar de enfermagem prestaram os primeiros atendimentos. Logo em seguida veio o psiquiatra (OBSERVAÇÃO).

Neste segundo momento, da entrada do usuário em crise no serviço e o seu atendimento, o acolhimento se deu de forma integral pela equipe multiprofissional do CAPS, através da disponibilização imediata de um espaço físico onde fosse preservada a exposição do usuário aos demais presentes e ainda uma escuta qualificada não de um só trabalhador, mas de vários profissionais da equipe multiprofissional.

Normalmente a entrada no CAPS de Quixadá se dá através de encaminhamentos. Esses podem ser provenientes da atenção básica, representada pelo Programa de Saúde da Família (PSF) ou oriundos do hospital geral. Ou ainda, essa entrada no serviço pode ocorrer através de livre demanda, por vontade espontânea da população. Observamos que os encaminhamentos do PSF são os maiores responsáveis pela entrada do usuário no CAPS.

Ao usuário que chega ao CAPS portando um encaminhamento e que não necessita de atendimento imediato, é marcada uma consulta, que pode ser com psiquiatra, psicólogo ou terapeuta ocupacional, de acordo com o que vem especificado no encaminhamento. Ressaltamos que a espera gerada entre o dia em que é marcada a consulta e o dia da consulta gira em torno de três meses.

Nesses casos a observação de espaços vazios é muito presente, pois o usuário já vem encaminhado de um serviço que não deu resolubilidade à sua necessidade de saúde. O fato de ele ter chegado até o CAPS, portando um encaminhamento de outro profissional significa que ele já vem com uma necessidade de saúde já há algum tempo, já procurou algum serviço, e, no entanto, nada fora resolvido, e ele está ali no CAPS diante de uma espera por consulta psiquiátrica, de no mínimo dois ou três meses.

Na demanda espontânea, o usuário passa por uma “triagem” que vai identificar se o problema de saúde trazido é objeto de trabalho do CAPS. Ressaltamos que essa triagem é feita por uma equipe multiprofissional formada por enfermeiro, assistente social e pedagogo-arteterapeuta, havendo uma escala de atendimento para esta demanda.

Os profissionais que fazem a escuta na triagem têm sua capacidade resolutiva limitada à falta de capacitação. É o que revela no discurso a seguir:

Às vezes a gente se angustia, quando a gente diz que é poder acolher aquela dor e dá uma resposta pra ela, muitas vezes nós não temos resposta, pra aquela situação, pra aquele sofrimento. É mais fácil quando você lida com a dor física e que você medica e sabe que vai aliviar aquela dor e quando a pessoa chega e diz que é uma dor na alma, como é que você pode dar uma resposta pra aquela dor da alma, é muito complicado. Eu nem sei te dizer se a gente consegue, muitas vezes não (Grupo de Trabalhadores).

Após identificar que o problema trazido é realmente um sofrimento psíquico, abre-se o prontuário, faz-se anamnese. Se, a partir da anamnese e de uma

avaliação mais aprofundada do estado psíquico do usuário, o profissional constatar uma crise eminente ou uma situação de risco para si ou para os outros, é solicitada a presença do médico psiquiatra para interconsulta e seguimento do caso em equipe. Total prioridade é dada aos usuários nessas condições.

Se não for crise, a consulta é agendada. É importante esclarecer que a maioria dos usuários que procuram o CAPS espontaneamente o faz em busca de consulta psiquiátrica, os encaminhamentos para os demais profissionais acontecem dentro do serviço ou vindo do PSF, identificando-se sua necessidade.

A gente recebe o encaminhamento, faz uma triagem, uma avaliação, [...], é uma demanda que vem muito do PSF. [...] quando aparece um encaminhamento pro serviço social ou pra enfermagem, a enfermagem acha que tem necessidade da terapia ocupacional me passa o encaminhamento aí eu vou vê se tem necessidade, muitas vezes tem, por que eles já sabem e tem sim fundamento (Grupo de Trabalhadores).

A partir da análise do fluxograma acima apresentado na figura 4, evidenciamos problemas, difíceis de serem identificados na cotidianidade dos serviços, que sinalizam ações de saúde contrárias aos interesses dos usuários e ao cuidado integral.

Uma das observações pertinentes a um modelo de atenção não usuário-centrado é referente à fila de espera que se inicia às seis da manhã. Essa fila é organizada pelos próprios usuários que chegam, muitas vezes de regiões e distritos vizinhos, e vão se posicionando de forma que, quando o profissional da recepção chega, às oito horas, para atender e organizar a entrada para o atendimento, eles já estão organizados por ordem de chegada.

Essas observações refletem problemas enfrentados pela população relacionada ao acesso aos serviços de saúde. Ou seja, a população dos distritos vizinhos ao município de Quixadá, não contam com serviços de saúde mental em seu próprio território, necessitando de deslocamentos até o CAPS de Quixadá, dependendo dos horários dos transportes coletivos.

Neste momento, não há um acolhimento efetivo. Os usuários que vêm de regiões vizinhas, saem de seus destinos na madrugada, de acordo com o horário do transporte coletivo local, muitas vezes sem se alimentar. A comunicação estabelecida entre profissional e usuário é sumária, objetivando a visualização do cartão de retorno, para certificar-se realmente se a consulta está marcada, e a assinatura do mesmo para a folha de produção diária do médico psiquiatra.

Com relação aos encaminhamentos, a espera é longa. O agendamento requer uma espera de pelo menos três meses para uma consulta psiquiátrica, exceto nos casos de urgência. Observamos, ao menos, três tipos de agendamento: o retorno, que é em um mês para os usuários

de primeira vez e de três a seis meses para os que estão estáveis; o encaminhamento e demanda espontânea, cuja espera varia de dois a três meses em média; e o esquema de fura-fila no qual é encaixado um atendimento, cuja vaga tinha sido reservada antes, para um familiar ou conhecido de um profissional do CAPS.

Essa política de agendamento é causada pelo modelo de atenção centrada no médico psiquiatra e é causa da falta de resolubilidade do serviço. De um lado está o psiquiatra, fomentando suas relações inter-profissionais a partir da autorização de mais um atendimento não agendado; do outro lado, estão os usuários que aguardaram meses para uma consulta sumária, burocratizada, centrada no tratamento medicamentoso.

Essa longa espera por uma consulta, em média três meses, pode ser diminuída através de uma equipe de acolhimento multiprofissional que atuasse de forma resolutiva nos casos de transtornos mentais leves, que não precisasse de imediato da terapia medicamentosa. Para dar uma solução efetiva nas filas de espera, esse acolhimento estaria localizado no fluxograma logo após a recepção. Ou seja, após verificar o motivo que levava o usuário ao serviço, se fosse encaminhamento a recepcionista o encaminharia para a equipe de acolhimento.

Percebemos que os processos de trabalhos dos trabalhadores em saúde do CAPS ainda são voltados há uma abordagem da tradicional da psiquiatria, no qual todas as ferramentas disponíveis estão voltadas ao atendimento das crises psicóticas, dos casos de depressão grave envolvendo riscos de suicídio, dos egressos de longos internamentos. Porém, quando se deparam com os transtornos mentais leves, observamos a presença de vazios, onde falta acolhimento, e sobra espera.

Paradoxalmente, apesar dessa ineficiência do serviço em oferecer resolutividade aos transtornos mentais leves, os discursos apreendidos nos mostram que esse processo de trabalho descrito e analisado anteriormente, cuja caracterização revela um agir em complementaridade inter-profissional, é realizado a partir da conformação de uma equipe multiprofissional. Os trabalhadores revelam através de seus discursos a ocorrência desse trabalho multiprofissional para um cuidado interdisciplinar.

Na verdade o usuário já vem pra mim encaminhado, ele já vem organizado de certa forma, vai pra psiquiatria, vai pra psicologia; [...], sempre vem encaminhado de alguém, nunca vem direto pra mim não (Grupo de Trabalhadores).

[...] não dá pra trabalhar o tempo todo junto com outros profissionais e nem dá pra trabalhar o tempo todo sozinho, né, então deve-se ter uma parte do tempo para atenção específica de cada profissão, mas essa outra parte do tempo tem que ser interdisciplinar, não existe o paciente do psicólogo, do médico ou da enfermeira, tem o paciente do serviço(Grupo de Trabalhadores).

[...] em conjunto nos temos um trabalho em grupo com a educação física que é o mexa-se, temos agora o projeto com a feclesc que é junto com o pessoal da pedagogia, as vezes eu coopero com grupo da enfermagem, então assim, a gente vai mesclando, com a arteterapia né, a gente faz um trabalho junto com o arteterapeuta, e tem todo um programa, um cronograma que tem que ser respondido(Grupo de Trabalhadores).

Constata-se, através da observação realizada e através dos discursos expostos, que há um “agir em concerto” desses profissionais, respeitando as suas especificidades e responsabilidades que garantem a execução do processo de trabalho, comparado a uma sinfonia por Gomes, Pinheiro e Guizardi (2005).

Segundo os autores supra-citados, agir em concerto é garantir que as especificidades de cada saber profissional tenha um objetivo comum que é a saúde do usuário; é perceber que o cuidado efetivo e integral só ocorre com a participação de todos os trabalhadores, mesmo que ainda tenhamos presente um modelo médico-centrado, a saúde do usuário não pode se circunscrever apenas à prática do profissional médico-psiquiatra.

A variedade e heterogeneidade dos profissionais da equipe de saúde mental do CAPS estudado complexifica a organização do serviço, na medida em que, cada um desses possui diferentes processos de trabalho e ainda, possuem diferentes interesses em jogo, como discutiremos a seguir.

Sugerimos para a organização do serviço, a exemplo do que relata Franco, Bueno e Merhy (1999) acerca da experiência em Betim, a implantação do acolhimento através de protocolos específicos. Não que esses venham a ser capturante do trabalho vivo e da subjetividade relativa a cada profissional, mas para garantir que independente da categoria profissional e de suas especificidades seja realizado um cuidado acolhedor e resolutivo.

O acolhimento modifica radicalmente o processo de trabalho principalmente por permitir a entrada de profissionais não-médicos e demais trabalhadores no cenário de tratamento, cuidado e reabilitação em saúde mental. Pois a equipe de acolhimento passa a ser o centro da atividade no atendimento aos usuários. Percebemos também que o acolhimento permite a interdisciplinaridade, pois ao fazer parte da equipe de acolhimento o profissional – enfermeiro, terapeuta ocupacional, assistente social – ganham outra identidade, o profissional do acolhimento.

Ao se despir de interesses e vaidades corporativistas, o trabalhador da saúde veste-se de autonomia, incorpora saberes multidisciplinares – da arte, música, teatro, cinema, filosofia, cultura – e proporciona efetivamente um cuidado interdisciplinar. Como coloca Bonet: “a equipe multiprofissional de saúde seria, desse modo, de um nível ou tipo lógico superior ao das profissões que inclui, tendo assim, características diferenciais acima das profissões que a formam e que surgem da interação entre elas” (BONET, 2005, p. 125).

No caso de Betim, após a implantação do acolhimento o rendimento do enfermeiro no serviço aumentou 600%; pois, ao descentralizar a assistência a outros profissionais não-médicos e implantar protocolos de orientação ao atendimento, o enfermeiro passou a utilizar todo o seu potencial técnico com autonomia além de garantir resolubilidade no seu atendimento (FRANCO, BUENO e MERHY, 1999).

A articulação entre os profissionais/trabalhadores acontece de maneira espontânea de ajuda mútua, na qual o objetivo é o bem-estar do usuário e o atendimento imediato da demanda trazida por ele. Há uma estreita relação entre eles, em que um sabe a hora de ajudar o outro, seja pra ajudar a operacionalizar um grupo terapêutico, seja para ajudar a estruturar fisicamente o grupo, colocando cadeiras, disponibilizando os instrumentos de trabalho, organizando os usuários, disponibilizando espaço físico, entre outros.

De repente, percebemos que o auxiliar de serviços gerais se tornou auxiliar de terapia ocupacional e que o recepcionista se tornou terapeuta. Além do quê, sempre há um trabalhador para atender os usuários que chegam em crise necessitando de atendimento. Sempre há o atendimento de escuta e encaminhamento para o profissional adequado.

Essa atenção dos trabalhadores do CAPS de Quixadá voltada às necessidades dos usuários é o que Gomes, Pinheiro e Guizardi (2005), chamam de “subjetivação dos objetos de trabalho”. Essa subjetivação exige uma modificação nos processos de trabalho dentro do serviço, o que de fato se observa na cotidianidade desses trabalhadores do CAPS: há uma inversão nos meios/ferramentas de trabalho com uma predominância do uso de tecnologias leves como a escuta, a fala, a co-responsabilização e um verdadeiro agir em busca de ajudar no alívio do sofrimento psíquico da população.

Uma relação que não seja baseada nesse tripé fundamental – acolhimento, vínculo e escuta – não permite a constituição da relação dinâmica e faz com que os profissionais se enclausurem em seus saberes predefinidos e em suas práticas individualizadas, fundamentadas pela arrogância epistemológica, que nega o outro como sujeito de sua saúde (GOMES, PINHEIRO e GUIZARDI, 2005).

Os autores complementam afirmando que esse processo de subjetivação do trabalho constrói-se a partir do encontro entre diferentes, na qual a linguagem é instrumento transversal na atividade de todos que habitam os espaços dos serviços de

saúde permitindo a superação da cisão entre os diferentes membros da equipe (GOMES, PINHEIRO e GUIZARDI, 2005).

O discurso abaixo, de um dos trabalhadores da equipe de saúde do CAPS, revela que esse instrumento transversal que permite a superação da cisão entre os membros da equipe transcende à linguagem. Há uma sintonia tal que a comunicação estabelecida entre alguns membros da equipe se dá através da observação da necessidade de ajuda entre eles.

[...] tem dias que a gente quer montar um grupo, a gente tem muito problema de espaço, mas tem dia que eu tenho que montar um grupo atrás da cozinha, na área, e aí nesse dia a (copeira) vai ter que me ajudar, e eu não preciso pedir a ela pra me ajudar, ela ta vendo lá eu com um grupo de 15 pessoas, ela chega com o lugar pra sentar as pessoas, ela arranja um lugar pra sentar, ela leva os instrumentos, ela fica conversando enquanto eu to organizando, ela pega o nome das pessoas, é os agentes jovens que chegam aqui, as meninas da recepção, chega uma pessoa de última hora que não ta marcado pra ninguém, é preciso alguém receber [...], eu trabalho com todo mundo, desde o pessoal da limpeza, o pessoal da recepção, o pessoal da psiquiatria e da psicologia, sempre tem que ser isso, não dá pra ser diferente de jeito nenhum(Grupo de Trabalhadores).

Uma explicação a essa sintonia do trabalho em equipe, ou “orquestração” desse trabalho (Gomes, Pinheiro e Guizardi, 2005), é o tempo de trabalho no CAPS. A partir da análise do perfil dos trabalhadores entrevistados, identificamos um grande vínculo entre os trabalhadores. Todos são unânimes na concepção do trabalho em saúde mental como estimulante, desafiador e que gostam do que fazem.

Há trabalhos, porém, cujos resultados vão em direções opostas ao que encontramos no CAPS de Quixadá quanto à comunicação estabelecida pela equipe. Segundo Bonet (2005), uma das questões-chave na estruturação e organização das equipes de saúde está relacionada com a dificuldade de comunicação entre as multidisciplinas que formam as equipes, principalmente quando as profissões são agregadas verticalmente.

Uma característica muito relevante do processo de trabalho da equipe de trabalhadores do CAPS de Quixadá quanto à sua forma de trabalho esta relacionada à construção do projeto terapêutico dos usuários em grupo, valorizando o saber de cada disciplina e o que cada uma pode contribuir em determinada situação.

Então, mais do que o modo de trabalho inter-complementar, têm-se no serviço em questão uma disponibilidade dos profissionais em discutir e construir juntos os projetos terapêuticos. Esse modo de operar o trabalho no CAPS, que permite a construção de projetos terapêuticos de forma cooperativa entre os diversos profissionais envolvidos, com suas formas todas de “ver” o paciente e projetar o que seria bom para ele, caracteriza um esforço para o cuidar multidisciplinar (SILVA, 2002).

[...] eu adoro chamar (o fulano), os auxiliares e discutir em grupo o que se faz aqui, se conhece, se medico ou não, sabe aquela discussão de quem é o paciente, o que se faz com ele além da psiquiatria, eu chamo isso de quê? Não sei como chamar isso. É em busca de um consenso, como tratar aquele paciente nas várias formas possíveis(Grupo de Trabalhadores)

[...] eu não consigo sosinha (resolver problema do usuário), ele chega no serviço social faz essa escuta, aí eu encaminho para outro profissional, aí eu vejo toda equipe, o que é que a terapia ocupacional pode fazer, o que é que o médico pode contribuir, se há necessidade de prescrição médica né, se há necessidade da psicologia, de uma psicoterapia, se as atividades de grupo dentro do serviço pode favorecer a saúde daquela pessoa, e as articulações fora como eu já disse (Grupo de Trabalhadores).

Essa forma de trabalho inter-complementar, na qual o profissional/trabalhador busca a contribuição de outras disciplinas para proporcionar um cuidado que favoreça a saúde nos permite fazer um questionamento: será que esse modo de trabalho pode ser caracterizado como interdisciplinar?

Para responder a esse questionamentos vamos nos reportar a Campos (2002), que se refere a dois tipos de organização do processo de trabalho em equipe: agregação verticalizada, na qual predominam as especialidades sem contato entre si, gerando um cuidado fragmentado no qual cada profissional sente-se responsável por fazer somente aquilo que está relacionado a sua área técnica ou especialidade, caracterizando um trabalho burocratizado, no qual o profissional não tem contato com a sua “obra”, diminuindo a realização profissional; no segundo tipo, as equipes se organizam horizontalmente, ficando todos os profissionais numa posição de saber e poder igualitária com ausência da capacidade de executar procedimentos técnicos relativos a cada saber profissional específico.

Há outra terminologia no que se refere à caracterização da organização do processo de trabalho: agrupamento de agentes, caracterizado pela justaposição das

ações, e integração de agentes caracterizada pela articulação e interação entre as ações e agentes, respectivamente (PEDUZZI, 2001).

Uma equipe cujas ações são justapostas, sem nenhuma interação entre elas, como coloca Peduzzi (2001), corrobora com a agregação verticalizada dos profissionais de uma equipe, como define Campos (2002). E a organização horizontalizada vai de encontro à integração entre ações e agentes.

No caso do contexto de nossa pesquisa, no CAPS de Quixadá-CE, observamos uma organização mista, na qual predomina um processo de trabalho horizontalizado, com ações articuladas e profissionais em constantes interações, principalmente dos profissionais não-médicos, com a vantagem de cada profissional não perder a especificidade relativa ao saber técnico de sua profissão.

No entanto, há momentos em que se observa uma centralidade no médico-psiquiatra, caracterizando uma agregação verticalizada, em que as outras profissões subordinam seus saberes e suas práticas.

Os discursos abaixo revelam essa limitação do agir interdisciplinar relacionada ao processo de trabalho centralizado no médico psiquiatra, caracterizando o modelo de atenção praticado pelo serviço como médico-hegemônico, ambulatorial, centrado na terapia medicamentosa.

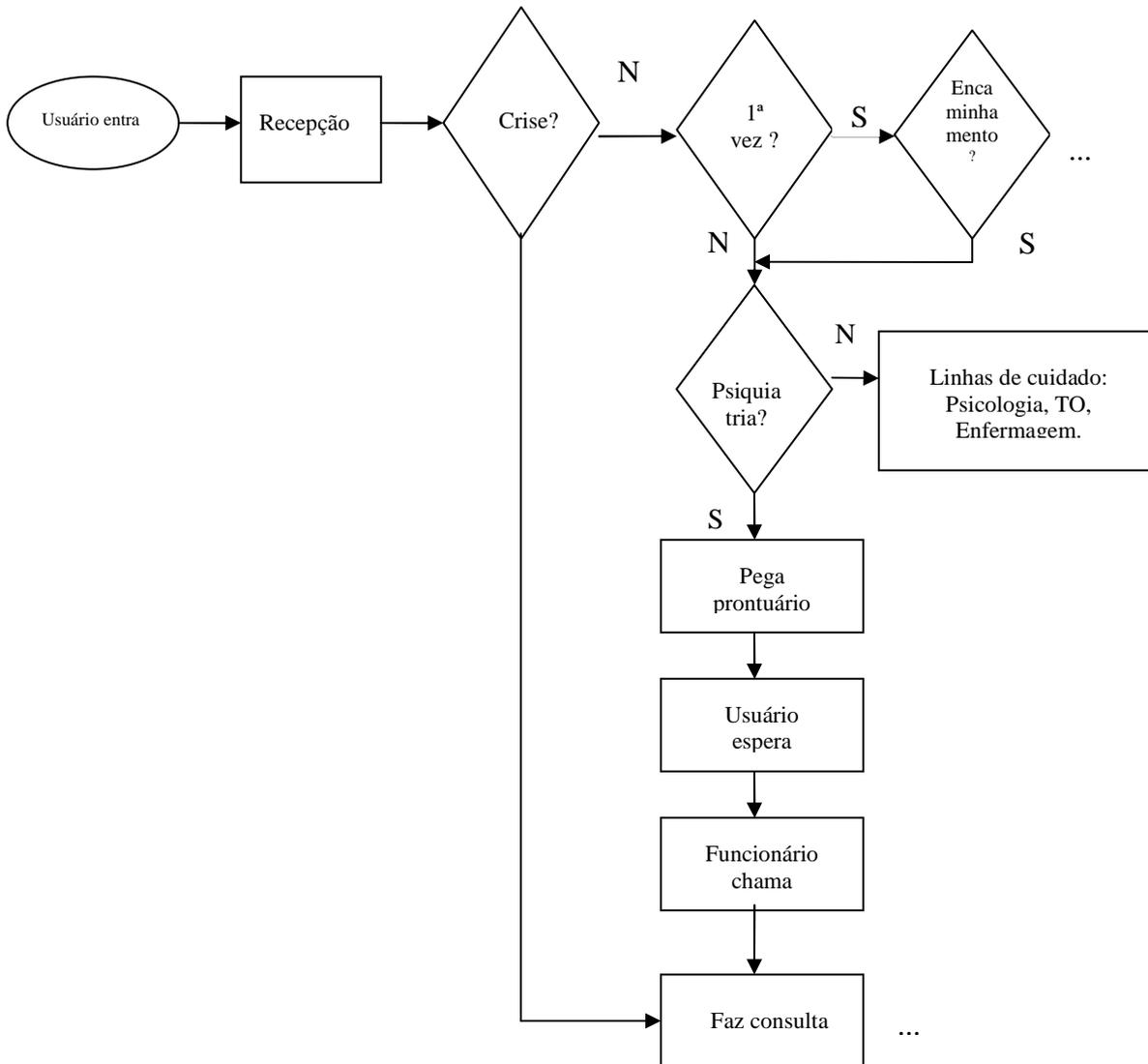
Eu sou apenas a droga aqui, basicamente é a droga, sem a medicação não tem que se trabalhar aqui, infelizmente, mas as pessoas não, tem uma enfermeira, tem um psicoterapeuta, tem uma TO, tem uma assistente social que podem virar outras coisa na hora dependendo do vínculo da pessoa né (Grupo de Trabalhadores).

[...] com outros profissionais, principalmente o médico, interconsultas, discussão de casos, visitas a pacientes internados em hospital geral, sempre como equipe né, então geralmente sou eu e o médico, sou eu e a enfermeira, com qualquer profissional da equipe, mas geralmente com o médico (Grupo de Trabalhadores).

Percebemos que os profissionais descrevem um trabalho voltado aos pressupostos da desinstitucionalização ao referirem a expansão dos cuidados a outros serviços substitutivos além do CAPS, como o hospital geral e o domicílio. Mas o que permanece icógnito no discurso, porém evidenciado a partir da observação da prática, é o modelo de atenção praticado na cotidianidade de cada profissional/trabalhador que tem a característica de ser baseado na queixa-conduta, privilegiar a abordagem individual e principalmente priorizar o atendimento psiquiátrico.

Vejamos a partir dos fluxogramas abaixo, como se organiza o fluxo dos usuários dentro do serviço e o cardápio oferecido ao usuário ao adentrar no CAPS.

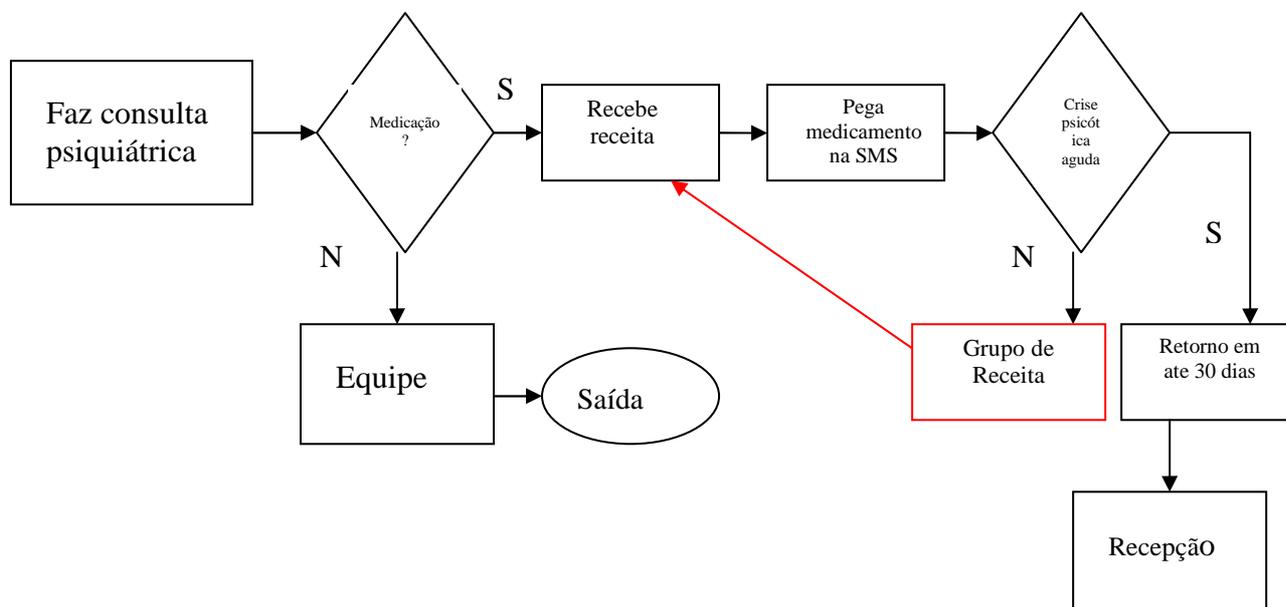
Figura 5 - Fluxograma da linha de cuidado 1 – Atendimento Psiquiátrico



Até chegar à consulta psiquiátrica, o usuário passa por uma sala de espera, uma recepção e nova espera. Na recepção, serão checados o agendamento, o número do prontuário, e a ordem de chegada. Estando tudo confirmado, ele é atendido.

A consulta psiquiátrica é realizada após uma demorada espera. A partir daí, o usuário tem um novo caminho a percorrer. A primeira decisão importante tomada pelo psiquiatra é se deve medicar ou não medicar?

Figura 6 - Fluxograma da linha de cuidado 1 – Intervenções Terapêuticas



Ao decidir por medicar, o médico-psiquiatra está levando o usuário a uma série de intervenções terapêuticas, entre elas o grupo de receita sob coordenação do serviço de enfermagem ou o retorno, dependendo da necessidade de supervisão dos efeitos medicamentosos ou da gravidade do caso.

Ao não medicar, o profissional o faz por dois motivos: não é encontrada explicação psicopatológica para o caso, ou seja, os sintomas e queixas apresentados não levam a um raciocínio clínico-psiquiátrico para uma intervenção a nível biológico, ou após discussão com equipe, é encontrado outro percurso terapêutico mais eficaz. Nesse caso, o sujeito é encaminhado para psicoterapia com psicólogo ou para os grupos de terapia ocupacional, nos quais terão seus sintomas trabalhados a partir da arteterapia ou oficinas terapêuticas.

De acordo com as observações feitas, percebemos que a medicação nem sempre é a primeira opção do psiquiatra, porém é a que prevalece. Daí então, o usuário sai com uma receita para receber medicação na Secretaria Municipal de Saúde. Os profissionais do serviço não têm garantia de adesão do usuário ao tratamento, vai

dependem da disponibilidade do medicamento na secretaria municipal de saúde e das condições financeiras do usuário para a compra do mesmo. Muitas vezes não há essa condição, pois 43,9% dos usuários de CAPS possuem primeiro grau incompleto e 53,1% ganham até um salário mínimo (SOUZA, 2007).

Há uma preocupação dos profissionais quanto ao retorno do usuário ao serviço. Nos casos de crise aguda, o retorno é agendado para no máximo 30 dias e, se for o caso, associa-se também visitas domiciliares multiprofissionais.

Nossas observações são confirmadas com os discursos abaixo que revelam o processo de trabalho de outros membros da equipe centrados na terapia medicamentosa.

Quando precisa eu ajudo com os pacientes, uma vez precisou eu fui pra ver se agente conseguia dar a medicação eu conhecia essa colega aí me levaram pra eu ir, aí lá graças a deus que deu certo dá a medicação dela (Grupo de Trabalhadores).

[...] tem sempre essa troca (entre profissionais) de informações, apoio com o médico sobre certas patologias, que certos medicamento ta causando, ele pode ta lento por isso, então há sempre essa troca de informações (Grupo de Trabalhadores).

A gente tem muita parceria com a terapia ocupacional e com o serviço social, sempre que o serviço social atende alguém assim a questão da medicação, muito é a questão da medicação né [...] (Grupo de Trabalhadores).

Esse modelo de atenção centrado na figura do médico-psiquiátrica e na terapêutica medicamentosa é uma prática que se busca mudar. Porém há uma dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com sofrimentos; preferem lidar com doença, na qual a racionalidade da biomedicina estabelece referência e pontos de intervenção sobre as lesões e disfunções detectadas (SILVA Jr., MERHY e CARVALHO, 2003).

Essa realidade não é única no CAPS de Quixadá nem característica somente dos serviços de saúde mental. A lógica do atendimento da atenção básica também está centrada, em sua grande maioria, no atendimento individual realizado pelo médico. Mesmo tendo uma equipe multidisciplinar, esta não é suficiente para garantir a interdisciplinaridade, é necessário conhecer a realidade expressa em termos de acesso a bens de saúde, um conjunto de valores, crenças e idéias calcado na racionalidade médica contemporânea. (PINHEIRO, 2003).

Os serviços substitutivos não têm somente a função de desinstitucionalizar. O que se busca é a inversão no modelo de atenção centrado na figura do sujeito indivíduo que passa a valorizar outros determinantes, que não apenas de ordem biológica, para o adoecimento mental como: o individualismo, o consumismo, a busca do poder sobre o outro, a disputa, que acabam por influenciar de maneira decisiva os campos mais importantes do agir e do viver humanos, como a política, a ética e a cultura (PINHEIRO e LUZ, 2003).

Para essa inversão é necessária a adoção de novos instrumentos, tecnologias e principalmente incorporação da atenção psicossocial ao sujeito.

Luz e Pinheiro (2003) enfatizam o uso das medicinas não convencionais – homeopática e chinesa – que têm como objeto não a doença, mas o sujeito doente, portanto o indivíduo na sua totalidade, preocupando-se essencialmente o estabelecimento ou mesmo a ampliação da saúde.

O discurso abaixo revela o uso dessa medicina alternativa, porém observamos que seu uso é limitado por conta da grande demanda de usuários no CAPS de Quixadá-Ce.

[...] uso conhecimento de cultura popular, conhecimento de botânica, de medicina chinesa, acupuntura, isso dá pra usar, com bons resultados, tem vezes que eu faço acupuntura aqui, na orelha, aurículo- acupuntura (Grupo de Trabalhadores).

Percebemos que o processo de trabalho baseado no modelo biomédico se auto-alimenta no sentido de se manter hegemônico, pois, a grande demanda de usuários chega ao serviço em busca de atendimento médico-psiquiátrico. O profissional psiquiatra, diante da impossibilidade de atender a todos os casos de maneira integral com uso de terapias alternativas, se limita aos aspectos da doença, lançando mão da terapia medicamentosa para o alívio dos sintomas.

Há uma necessidade de maior quantidade de recursos humanos e principalmente uma maior associação entre estes e os recursos materiais e informacionais de forma que se democratize os processos de trabalho na organização dos serviços para que a demanda seja absorvida igualitariamente entre todos os membros da equipe multiprofissional. Isso é possível a partir da horizontalização de saberes, promoção de atividades interdisciplinares e incorporação e renovação das

práticas de saúde, numa perspectiva de integralidade e valorização do usuário como centro e objetivo das atividades (PINHEIRO e LUZ, 2003).

Do que as autoras acima citadas colocam e do que percebemos a partir dos discursos dos trabalhadores e observação da prática, concluimos que essa horizontalização de saberes se dá entre os trabalhadores e principalmente entre estes e usuários/familiares. A questão do saber cultural, da medicina popular, do conhecimento do familiar acerca dos sintomas das doenças e dos efeitos dos medicamentos, é quase unanimidade entre os discursos apreendidos a valorização desse saber.

4.2 OFERTA E DEMANDA DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE QUIXADÁ-CE: Um olhar sobre as práticas de enfermagem e equipe multiprofissional

O estudo da oferta e demanda e das suas relações nos serviços de saúde são relevantes para que possamos, a partir da análise desta categoria, apreender a prática dos trabalhadores/profissionais do CAPS de Quixadá, além de estabelecer relações entre o que é ofertado e o que é demandado pelos usuários do serviço, para que a partir de então possamos descrever os saberes e as práticas clínicas operadas por esses trabalhadores, e sua relação com a produção de cuidado e produção de cuidado integral.

Antes de iniciarmos essa discussão acerca de oferta e demanda no serviço estudado, voltaremos nossa atenção aos aspectos conceituais do tema.

A oferta nos serviços de saúde relaciona-se à disponibilidade, ao tipo e à quantidade de serviços e recursos destinados à atenção à saúde. Enquanto demanda é a atitude do sujeito de procurar serviços de saúde, obter acesso e benefício com o atendimento recebido (TRAVASSOS et al., 1999; PINHEIRO, 2003).

Dentre os fatores que influenciam a oferta de serviços citados por Pinheiro (2003), e que têm relação direta com a realidade do CAPS de Quixadá, é a localização geográfica e a cultura médica local dos profissionais que realizam esses serviços de saúde mental.

O CAPS de Quixadá tem localização estratégica no centro da cidade. Para os usuários da sede do município, a oferta de serviços é satisfatória por estar geograficamente localizado dentro do território. Porém, para os distritos e cidades vizinhas que não possuem serviço de saúde mental e têm o CAPS de Quixadá como referência, existem problemas de deslocamento para participar da oferta de serviços oferecido.

Dentro dessa perspectiva, a demanda também é influenciada, pois esta nem sempre é a expressão da necessidade, seja pelos males assintomáticos, desinformação acerca de serviços capazes de resolver seus problemas, indisponibilidade de pagar pelo serviço (ARRUDA, 1998; PINHEIRO, 2003). Em nossa realidade quixadaense, os usuários de localidades distantes desconhecem os serviços oferecidos nos CAPS e aqueles que são informados têm dificuldade de acesso por depender de transporte coletivo inter-regional para chegar ao CAPS, muitas vezes não indo ao serviço por falta de condições financeiras para o transporte.

No material empírico coletado nas entrevistas com os trabalhadores do CAPS de Quixadá- CE, foi possível perceber que os elementos constitutivos da demanda apresenta uma mudança relacionada ao processo de adoecimento mental da população. Esses elementos foram observados no atendimento realizado pelos profissionais, nos grupos terapêuticos, na recepção e foram evidenciados pela dificuldade em oferecer serviços que de fato sejam capazes de solucionar os problemas de saúde mental da população.

Uma questão que se torna evidente nos depoimentos abaixo transcritos está relacionado: a natureza das causas dos problemas trazidos pela população ao CAPS que estão relacionadas aos danos psicossociais trazidos pelo desenvolvimentos econômico e social da cidade; e a dificuldade em resolver estes problemas visto que o CAPS de Quixadá, há 15 anos, no período de sua inauguração, se propunha a tratar indivíduos psicóticos provenientes de hospitais psiquiátricos para se trabalhar a sua desinstitucionalização, porém a cidade cresceu e com ela os problemas sociais, os quais geraram demandas que o CAPS não está preparado tecnicamente e estruturalmente para resolvê-las.

[...] é criança com problema de comportamento, de relacionamento, de aprendizagem, [...], No adulto a grande demanda hoje são casos de depressão e queixa difusa né, e seria mais restabelecer o equilíbrio destas pessoas. [...] A gente tem que trabalhar uma perda, as dificuldades, o desemprego. [...] questão do desemprego que aqui é muito grande, a questão da escolaridade baixa que também é um grande problema, alcoolismo, aqui existe uma cultura do álcool, tudo é motivo pra se embriagar. [...]. [...] a população aumenta, cresce, cresce no sentido de idade mesmo, além do aumento numérico e envelhece. Hoje eu atendo pais de família que eu atendi quando era criança, há 14 anos atrás. A população cresceu, assimilou os velhos hábitos, alguns são alcoolistas, outros são usuários de drogas, estão sofrendo estes reflexos das grandes cidades, é, o crack, outras drogas, a violência, tanto a violência por conta do trânsito como a violência mesmo aquela agressiva, a morte, e o número de profissionais continua o mesmo (Grupo de Trabalhadores).

[...] hoje nós não temos só psicose como nós tínhamos no serviço há 15 anos atrás, onde se mapeava os portadores de psicose de Quixadá. Hoje de cada pessoa que se atende, eu abri 5 prontuários em um dia, dos cinco nenhuma apresentava característica de psicose, por que quem vai dar o diagnóstico é o médico, mas sempre queixas relacionadas a depressão, angústias. Então as pessoas continuam adoecendo mas é diferente hoje, o que tem chegado no serviço é isso e a gente considera fruto de várias

questões, mudança social que hoje se dá dentro de Quixadá mesmo, que tem crescido, tem trazido pessoas de fora, que não é mais aquela relação de vizinhança que se tinha antes, hoje já tem outras pessoas, então várias coisas... [...]Muitos problemas que chegam aqui estão relacionados a problemas sociais como desemprego, é falta de alimentação dentro de casa, angustiada por problemas conjugais ou realmente por que não tem renda nenhuma dentro de casa e você sabe que se aquela pessoa tem um benefício, passa a ter uma renda, ela melhora muito o quadro de saúde dela[...] (Grupo de Trabalhadores).

Um estudo sócio econômico e histórico realizado no município de Quixadá oferece pistas para a compreensão desta inversão na demanda de saúde mental da população. Segundo os autores, a cidade tem área pequena, bastante urbanizada na sede municipal e na sede dos distritos, configurando centro de atração comercial micro-regional independente da capital. Urbanização, comércio e relativa autonomia do modelo de assistência psiquiátrica praticado na capital, configuram a demanda mais psicologicamente comprometida da “neurose urbana” (SAMPAIO e SANTOS, 1996).

Na cidade de Santos – SP, a demanda da clientela atendida pelos CAPS relaciona-se a transtornos psicóticos (38%) e transtorno de humor e neuroses, estes correspondendo a 49% da demanda atendida. E ainda, a oferta de serviços a essa clientela é ambulatório médico-psiquiatra (81%), medicação assistida (27%), atendimento individual(18%) e grupal(18%). Esses resultados corroboram a realidade estudada em Quixadá, cujas demandas e ofertas de serviços são caracterizadas por transtornos neuróticos e atendimento psiquiátrico individual, respectivamente (ANDREOLI et al, 2004).

Em Ribeirão Preto-SP, também assistimos a essa mudança na natureza das demandas dos usuários que procuram o CAPS, pois 52% da clientela apresentavam diagnósticos de depressão, ou transtornos de ansiedade, de personalidade ou somáticos (OSINAGA, FUREGATO e SANTOS, 2007).

Em estudo realizado em Petrópolis-RJ, mostrou que a prevalência dos distúrbios depressivos e ansiosos era de 45% e 40%, respectivamente. Enquanto os distúrbios psicóticos representavam apenas 5% da demanda atendida (FORTES, VILLANO e LOPES, 2008).

No cotidiano do CAPS de Quixadá, observamos uma recorrente procura dos usuários por serviço médico-psiquiatra. Mesmo dispondo de uma equipe multiprofissional composta por enfermeiro, psicólogos, terapeuta ocupacional e

assistente social, a principal demanda é gerada por ações do psiquiatra, que é o único que prescreve medicamentos.

A realidade da demanda da população local – mal-estares difusos, crises familiares, dificuldades sexuais, estilos de vida favoráveis ao uso de tóxicos – representa uma ameaça à lógica de funcionamento interdisciplinar de um CAPS, por promover uma hipertrofia da função ambulatorial, privilegiando técnicas individuais (SAMPAIO e SANTOS, 1996).

A população de Quixadá já se acostumou com a medicalização. Há usuários que vão ao serviço somente pegar a receita do medicamento, ignorando qualquer outro recurso terapêutico oferecido pelo CAPS.

[...] tomo comprimido e fico boa, [...] é só com comprimidos (Grupo de Usuários).

(O tratamento) ta indo devagar, eu to tomando os comprimidos [...], quando falta o remédio, eu fico perturbado, como agora ta faltando a fluoxetina, fica um negócio martelando dentro da cabeça [...] (Grupo de Usuários).

[...] todo mês eu tiro a receita e tiro trinta comprimidos, tomo um à noite [...], todo mês eu venho pegar receita (Grupo de Usuários).

[...] eu cheguei aqui, fui me consultar com o doutor [...], ele me perguntou pra mim o que é que eu queria, eu disse que queria uma injeção, aí ele passou [...], eu vim aqui hoje pedir outra injeção (Grupo de usuários).

[...] eu venho só tomar a medicação, aí quando eu to pior eu venho me consultar (Grupo de Usuários).

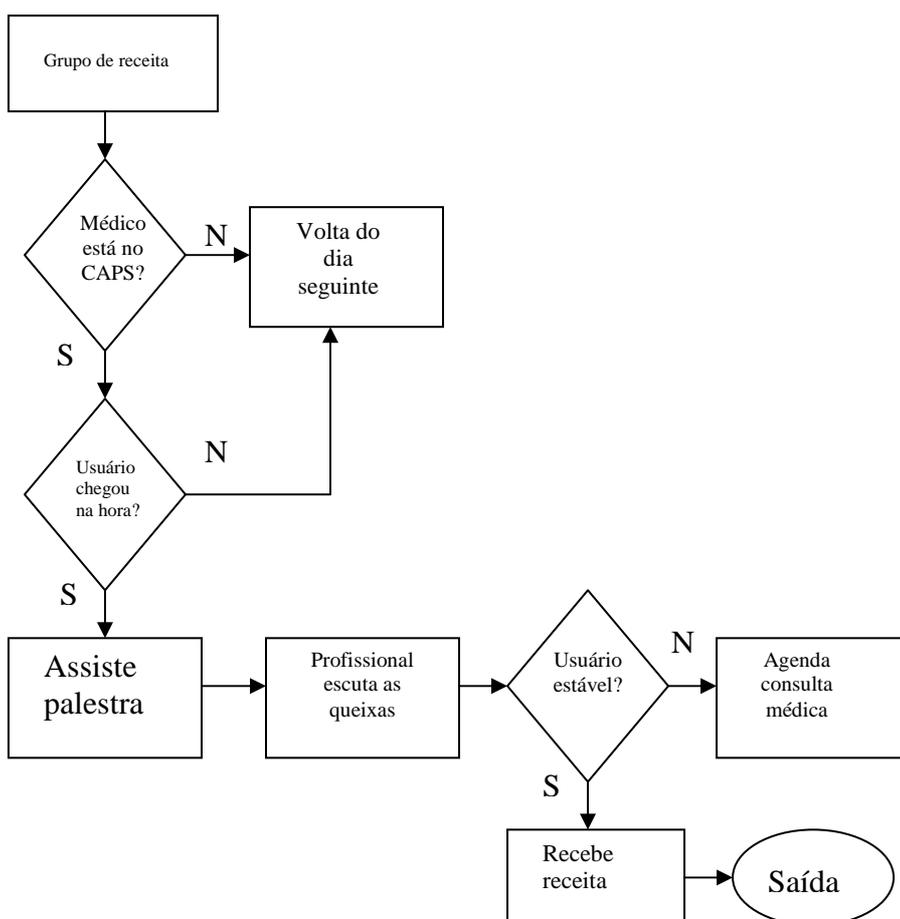
Franco e Merhy (2003) observam que é muito comum essa idéia de o usuário colocar no procedimento, no caso do CAPS de Quixadá a medicalização, toda a expectativa de ser cuidado e protegido. E, na realidade, esse recurso terapêutico é muito limitado. Em nossa opinião, é um recurso eficaz num momento de crise, em que se trata quimicamente um distúrbio agudo para possibilitar uma atenção aos fatores estressores, que são multifatoriais, e requerem um cuidado multidimensional envolvendo questões familiares, sócio-culturais, ambientais e ético-legais.

Assim, a abordagem biológica do indivíduo há de ser considerada, porém é apenas parte de um complexo processo produtivo da saúde e sua eficácia depende de muitas ações outras que são desenvolvidas em uma “linha de cuidado” (FRANCO e MERHY, 2003). Nesse estudo, consideramos as linhas de cuidado os diversos caminhos

percorridos pelo usuário dentro do serviço, ou seja, a linha de cuidado psiquiátrica, a psicológica, a terapêutica grupal realizada pela enfermagem e pela terapia ocupacional.

No caso da medicalização, há uma coincidência entre o que se demanda do CAPS de Quixadá e o que se oferta nele. A organização do serviço e o processo de trabalho de alguns profissionais é totalmente voltado para dar conta dessa demanda da população por medicamentos. Retomando o fluxograma analisador da linha de cuidado 1 (Figura 6), destacamos em rubro o grupo de receita, que é um grupo “terapêutico” para dispensação de receitas para pacientes clinico-psiquicamente estáveis. Vejamos o fluxograma dessa linha de cuidado para análise mais detalhada da oferta desse serviço pelo CAPS.

Figura 7 : Fluxograma da Linha de Cuidado 2 – Grupo de Receita



O primeiro momento decisivo para a realização do grupo de receita é a presença do médico-psiquiatra no CAPS; na sua ausência, o grupo não é realizado. Por

questões legais, afinal o psiquiatra é o único profissional autorizado legalmente a atender essa demanda da população por medicamentos. Isso já demonstra também o modelo de atenção médico-centrado, no qual a oferta de serviços por qualquer profissional da equipe está subordinada ao médico-psiquiatra.

Há outros problemas organizacionais em decorrência da oferta de serviços centrada no médico-psiquiatra. No período em que estivemos observando o serviço, houve uma ocasião de ausência do profissional psiquiatra. Nesse dia, não houve grupo de receita, todos os atendimentos foram remarcados numa agenda totalmente lotada e houve um verdadeiro não-fazer no CAPS durante todo o período. O dia seguinte foi marcado por tumulto, super-lotação no grupo de receita e muitos atendimentos para a psiquiatria. Enfim, é um modelo insuficiente, que necessita de reformulações, inclusive para dar mais resolutividade aos outros profissionais da equipe, que muitas vezes têm que remarcar o atendimento na ausência do médico ao serviço.

E ainda, a dicotomia existente na clínica do reducionismo da prática clínica centrada nos conceitos flexnerianos a partir de intervenções restritas ao corpo anátomo-fisiológico, aliada a modelos alternativos de vigilância a saúde, resultou em modelos de atenção voltados para a produção de procedimentos em detrimento de abordagens relacionais (CAMPOS, 1992; MERHY, 1998; FRANCO e MERHY, 2003).

Como consequência desse modelo de atenção gerado pela dicotomia da clínica, Pinheiro (2003) complementa que essa demanda por serviços médicos resulta da cultura popular que designou socialmente o médico como aquele habilitado a resolver queixas e problemas físicos ou emocionais e induziu à formação de opinião, entre os usuários, de que esse é o caminho para o cuidado em direção à saúde (FRANCO e MERHY, 2003).

O momento terapêutico do grupo está na palestra e na escuta da evolução do quadro clínico como pioras ou melhoras. Procura-se neste momento uma maior aproximação com o usuário, o estabelecimento de um vínculo e uma atenção interdisciplinar. Porém, neste momento grupal, a prática educativa que vise o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos é sub-valorizada.

De acordo com Alves, 2005, para a prática educativa, tanto a formal (palestras, distribuição de cartilhas e folhetos) como a informal (desenvolvidas nas ações cotidianas, nos relacionamentos interpessoais), é necessário ao enfermeiro seu próprio reconhecimento enquanto sujeito do processo educativo, bem como o reconhecimento dos usuários enquanto sujeitos em busca de autonomia.

O objetivo maior desse momento grupal é trabalhar a dependência e, em longo prazo, a desmedicalização. Para esse objetivo, a prática educativa é uma das ferramentas necessárias para a (des)construção dessa cultura de medicalização do sofrimento e dos problemas sociais. Enquanto isso, receitas são dispensadas e a oferta de serviços pela equipe de enfermagem fica limitada a atender a essa demanda, não sobrando tempo para a oferta de ações que contemplem o modelo psicossocial de atenção.

No campo da enfermagem, visualizamos a atenção psicossocial como um “conhecimento prudente”, capaz de criar espaços de inclusão do doente mental na sociedade, ou seja, de investir na “vida decente” dos sujeitos (MACHADO e COVERO, 2003).

A enfermagem é reconhecida atualmente como uma profissão de cunho científico e autônoma e o papel do enfermeiro é o de agente terapêutico tendo como ferramenta o relacionamento terapêutico. A partir disso, o objetivo do cuidado de enfermagem que se pretende envolvida com a atenção psicossocial não é o diagnóstico clínico ou a intervenção medicamentosa, mas sim o compromisso com a qualidade de vida cotidiana do indivíduo em sofrimento psíquico além de práticas profissionais éticas, terapêuticas, flexíveis e comprometidas com o cuidado de subjetividades (MACHADO e COVERO, 2003; ANDRADE e PEDRÃO, 2005; LOPES e JORGE, 2005).

Estudo realizado com enfermeiros nos CAPS aponta quatro modalidades terapêuticas não convencionais que o enfermeiro pode utilizar na assistência de enfermagem psiquiátrica. Por exemplo, música, atividade motora, acompanhamento terapêutico e Ioga. O estudo ainda enfatiza que essas modalidades terapêuticas trazem muitos benefícios ao paciente, como redução da ansiedade e da irritabilidade, aumento da auto-estima e da memória, reintegração social, dentre outras (ANDRADE e PEDRÃO, 2005). Acrescentamos que qualquer atividade desenvolvida pelo enfermeiro deve estar em consonância com o projeto terapêutico interdisciplinar.

Percebemos que esse agir autônomo do enfermeiro emerge das experiências acumuladas com as transformações na assistência, advindas com a transição do modelo asilar ao modelo psicossocial em que reconhecem a integralidade, o acolhimento, a interdisciplinaridade, a interlocução, o auto-conhecimento e a existência de sofrimento do sujeito singular como elementos da nova prática. Para isso se utiliza de conhecimentos sobre as síndromes psiquiátricas e seu tratamento e a consideração da

subjetividade do indivíduo, em sofrimento psíquico, para nortear os processos de trabalho no campo da saúde mental (OLSCHOWSKY e DUARTE, 2007).

Porém, esse agir do enfermeiro em busca de práticas não tradicionais para um cuidado integral do sujeito em sofrimento psíquico não é uma regra. Há o profissional enfermeiro, que através da prática interdisciplinar, desempenha um processo de trabalho idênticos aos outros profissionais da equipe, reveesando com estes no atendimento de acolhimento e triagem. Além de orientar o trabalho da equipe de auxiliares, uma função que herdou do modelo asilar, de coordenação (SILVEIRA e ALVES, 2003).

Silveira e Alves (2003) percebem que as atividades desempenhadas pelo enfermeiro assentadas nas decisões acordadas pela equipe possuem um papel estratégico no processo de desconstrução do fazer disciplinador, medicalizante e segregador que permeia a assistência psiquiátrica. Porém, se não houver um saber-fazer crítico, questionador, que ultrapasse as barreiras da interdisciplinaridade para um cuidado que englobe todas as dimensões do indivíduo, o enfermeiro corre o risco de estar apenas reproduzindo, no seu cotidiano, as práticas asilares mesmo estando de serviços cujo modelo de atenção tenha características psicossociais.

Estudos realizados sobre o objeto que permeia o processo de trabalho dos enfermeiros em saúde mental, demonstram que há uma contradição entre discurso e prática. Os discursos estão orientados para a desconstrução do saber psiquiátrico e para a superação das práticas manicomiais, apontando para atividades de relacionamento interpessoal e trabalho interdisciplinar; porém o paradigma predominante em suas ações é o modelo organicista revelado pelas práticas tradicionais de triagem e controle, principalmente, medicamentoso dos pacientes em crise (OLIVEIRA e ALESSI, 2003).

Essa prática de enfermagem distancia-se dos pressupostos da reabilitação psicossocial em que o olhar do profissional em relação ao portador de transtorno mental deve ser multifacetado, devendo deixar de ser exclusivamente biológico, centrado apenas na patologia e voltar-se para o indivíduo, encarando-o numa perspectiva holística, como uma pessoa com sua história de vida, com uma cultura, e uma série de outras características individuais que irão, definitivamente, influenciar no seu tratamento. Percebemos, ainda, no cuidar empírico de enfermagem, a presença do modelo médico-clínico, do pensamento tecnocrático, que entende a doença e não o homem, considerando-a como processo biológico do indivíduo, e observamos um

cuidado deficiente e distante de uma concepção holística (JORGE et al, 2006; LOPES e JORGE, 2005).

Um caminho para mudança nessa realidade foi proposta ao implantar o serviço de acolhimento, como diretriz operacional, que modifica o processo de trabalho principalmente dos profissionais não-médicos (FRANCO, BUENO e MERHY, 1999).

De acordo com os autores, o processo de trabalho do enfermeiro após a implantação do acolhimento inclui acolher os usuários que chegam ao serviço, garantir retaguarda do atendimento realizado pelas auxiliares de enfermagem, prescrição de exames e medicamentos através de protocolos de procedimento. Essa reorganização do processo de trabalho aumentou o rendimento do enfermeiro em 600%, pois, permitiu que esse profissional utilizasse toda a sua capacidade técnica de intervenção.

Entretanto esse rendimento não aconteceu em experiências semelhantes. Nestas, a enfermagem ficou responsável pelo acolhimento, porém sem resolubilidade e autonomia, o que limitava seu processo de trabalho basicamente a escutar a queixa e avaliar a necessidade de consulta médica, restringindo a possibilidade de atuação da equipe de enfermagem e manteve uma lógica centrada nos saberes e práticas médicos (TAKEMOTO e SILVA, 2007).

A oferta de serviço para dar conta da demanda medicamentosa não está ligada somente ao processo de trabalho da equipe de enfermagem. Reconhecemos convergências nos discursos de outros profissionais em que enfatizam a oferta de serviços baseado na terapia medicamentosa.

[...] e também gosto de fazer a medicação, se faltar um auxiliar e no momento de um paciente chegar a unidade e se o auxiliar não estiver e nem a enfermeira, eu posso fazer... (Grupo de Trabalhadores).

[...]é orientação sobre medicação que a gente dá ou vai pro (psiquiatra) e ele encaminha pra mim(Grupo de Trabalhadores).

Pesquisa realizada nos CAPS do estado do Espírito Santo revelou que o conceito de desinstitucionalização para os profissionais psicólogos aparece mais como um elemento de discussão teórica do que como um orientador de suas práticas. De modo geral, o processo de trabalho desses profissionais é predominantemente o atendimento clínico, havendo poucas atividades cujo objetivo seja a reinserção social dos usuários dos CAPS e intervenções no campo social (FIGUEIREDO e RODRIGUES, 2004).

Entretanto alguns profissionais tentam, no seu espaço micropolítico, ofertar serviços que fujam à regra da medicalização. Há, no discurso verbalizado e na prática observada uma subjetividade intrínseca, uma vontade individual própria destes profissionais em mudar a realidade do consumo de remédios pela população a partir da escuta e do aconselhamento/conscientização desta.

Franco e Merhy (2003) esclarecem que essa subjetividade se produz a partir de vivências e dos registros que as pessoas acumulam em suas experiências de vida e é socialmente determinada. Ainda, a subjetividade de cada profissional reflete o seu desejo e o seu modo de atuar no mundo, o que determina seu comportamento e sua atitude em relação ao usuário e aos outros trabalhadores do serviço.

[...] Aquela cultura de medicalizar a dor, medicalizar o sofrimento, é tentar resgatar essa possibilidade de você descobrir que o sofrimento pode trazer crescimento, não que eu faça uma apologia ao sofrimento, mas não resolver o sofrimento com remédio, né. [...] (Grupo de Trabalhadores).

(O trabalho) É mais com criança agora, o de queixa difusa, era o motivo a queixa difusa, mas hoje é mais a medicação, conscientização sobre o uso da medicação, uma busca pra diminuir o consumo de benzodiazepínicos. (Grupo de Trabalhadores).

Essa oferta de serviço voltada para a demanda por cuidado não acontece sem tensões. Quando um profissional está dentro de um serviço de saúde mental cujas ações de saúde buscam atender uma demanda não por cuidado, mas por procedimento – consulta, receita, medicação – e que a qualidade da atenção está associada ao consumo deste último pelo usuário, produzem-se tensões entre usuário e profissional. Essas tensões se dão pela divergência entre a construção imaginária da demanda dos usuários por procedimentos e a percepção de suprir a necessidade de saúde destes pelo profissional, a partir de uma escuta qualificada e responsabilização pelo seu problema de saúde (FRANCO e MERHY, 2003).

Os discursos abaixo revelam uma possibilidade de cuidado usuário-centrado a partir da percepção do trabalhador em proporcionar um serviço que ultrapassa o "cuidado-procedimento", e que se percebe, preponderantemente, a presença do trabalho vivo cuja intencionalidade está relacionada à inserção em atividade que atendem para o exercício físico e para diminuição dos danos motores e físicos ocasionados pelos medicamentos.

[...] eu pego os pacientes do CAPS que estão muito dentro da casa, sem muito movimento, muito deitado na rede, sob o efeito de medicação, que estava lá e que não podiam vir ao serviço fazer terapia ocupacional, que não vem o serviço fazer arteterapia, que vem ao serviço só pegar medicação, eu vou na casa dessas pessoas, levo essas pessoas lá no curso de fisioterapia dia de quinta feira a tarde, quarta-feira a tarde, eu levo dois grupos e eles fazem fisioterapia (Grupo de Trabalhadores).

[...] então é uma atividade de grupo que eles fazem atividade corporal, atividade com música, a gente vê o prazer que eles tem, e agente vê a demanda aumentando, o interesse aumentando, o interesse aumentando é por que ta tendo resultados também visíveis em pacientes que tomam certos tipos de remédios que ficam lentos demais, desorganiza o paciente, ele voltar se reorganizando[...] (Grupo de Trabalhadores).

E reconhecemos convergências nas falas dos trabalhadores/profissionais a seguir, ao ofertar serviços que tanto visam à inserção do sujeito na sociedade a partir de atividades como ir ao banco, à feira, ir sozinho ao CAPS, como buscam trabalhar as atividades de vida diária envolvendo auto-cuidado através da higiene pessoal, alimentação e promoção da saúde.

Aí é bacana por que a gente não trabalha só educação física, a gente trabalha educação física, recreação, jogos, noção de lateralidade, espaço, tempo, a locomoção deles dentro da cidade, ir ao banco, ir ao CAPS, ir à feira, é bem legal (Grupo de Trabalhadores).

Nós trabalhamos a questão das atividades de vida diária, a questão da higiene, da alimentação, a promoção, tudo, o indivíduo como um todo (Grupo de Trabalhadores).

Percebemos o início de um novo padrão de produção do cuidado em saúde mental em que o velho ainda é predominante, ou seja, a hegemonia médica centrada em procedimentos medicamentosos. Porém, o trabalho centrado no usuário e a utilização das tecnologias leves – comunicação, vínculo, acolhimento – começa a fazer parte da oferta diária de serviços do CAPS, mesmo que timidamente. Pois, apesar de ser pouco o número de usuário beneficiados com essas atividades grupais que visam à inserção social do sujeito, a independência nas atividades de vida diária e o cuidado integral – físico e mental – iniciativas como a caravana na comunidade, grupos de auto-expressão através da música e do teatro, educação especial, educação física e o projeto mexa-se, são, ao nosso ver, métodos de mudança no modelo tecnoassistencial em saúde mental.

O Projeto “Caravana na Comunidade” é realizado uma vez por semana com pacientes psicóticos nos quais os efeitos dos medicamentosos os impedem de sair de

casa sozinhos; ou com usuários que sofrem grande estigma social ao sair na rua. Esses usuários são levados a um passeio por algum ponto turístico de Quixadá. Nesse momento, são realizados caminhada, exercícios respiratórios, estímulo a hidratação oral e musicoterapia. Percebemos o quanto esse projeto promove a inserção social do usuário do CAPS e o quanto é recompensador ao seu mentor e executor através de sua fala:

A gente chama caravana na comunidade por que quando a gente para, se senta e começa a cantar música o pessoal da rua, da comunidade chega junto e fica tudo cantando com agente, é uma festa. É bem interessante, onde a gente vai tem que fazer uma festa (Grupo de Trabalhadores).

Os grupos de auto-expressão são realizados duas vezes na semana com usuários psicóticos do CAPS cujo tempo de acompanhamento dentro do serviço seja de 5 a 10 anos, ou seja, usuários crônicos. Os principais instrumentos utilizados são a música e a percussão em busca de estabelecer uma comunicação entre trabalhador e usuário. Através da música, da improvisação de letras, os participantes do grupo começam a desabafar e a contar seus problemas. O resultado encontrado com esse grupo tem sido a facilidade que eles estão tendo para expor um problema e desafogar as emoções, diminuição da agressividade, aumento da auto-estima e auto-cuidado. Há uma aceitação muito boa dos usuários deste grupo. Observamos uma euforia, alegria, motivação e sentimento de pertença, vinculação dos usuários a este grupo.

O projeto da “Educação Especial” é realizado em parceria com a FECLESC na qual o trabalhador do CAPS faz o projeto, o planejamento das atividades junto com as estudantes de pedagogia. A captação de recursos se dá através de parcerias com as escolas da cidade. A clientela contemplada por esse projeto é toda triada no CAPS junto com os estudantes. Durante esta triagem, eles avaliam a auto-capacidade para trabalhar pedagogicamente com determinadas limitações trazidas pelos usuários do CAPS.

O projeto de Educação Física é realizado em parceria com os cursos de fisioterapia e educação física da Universidade Católica Rainha do Sertão. A clientela contemplada são os usuários de medicamentos anti-psicóticos, que vivem sob o efeito destas medicações, sem muito movimento, que não têm mobilidade independente. Então o trabalhador do CAPS leva esses usuários ao curso de fisioterapia para serem trabalhadas as dificuldades motoras e a educação física.

O projeto “Mexa-se” é coordenado pela prefeitura municipal e é realizado em parceria com o governo federal, curso de educação física da Universidade Católica Rainha do Sertão e trabalhadores do CAPS. O grupo é formado por psicóticos, em número de trinta, estimulados a realizarem educação física e terapia ocupacional através de jogos e recreação. O projeto “Mexa-se”, de iniciativa do governo federal, visita as cidades de todo o Brasil e visa a estimular a população a práticas de vida saudáveis como o exercício físico, a aeróbica, os jogos nos clubes, porém não contemplava a saúde mental. Através de uma iniciativa do CAPS de Quixadá, o projeto passou a inserir a saúde mental e passou a incluir também, além da educação física, a recreação, jogos, noção de lateralidade, espaço, tempo, a locomoção deles dentro da cidade (ir ao banco, ir ao CAPS, ir à feira, dentre outros).

A transição tecnológica significa um novo padrão de produção do cuidado em que se configura a hegemonia do trabalho vivo nos processos de trabalho e conseqüentemente na oferta de serviços. E isso significa operar na assistência com sentidos voltados ao campo de necessidades dos usuários (FRANCO, 2003; FRANCO e MERHY, 2003).

Enfatizamos que essa necessidade de que os autores se referem nem sempre estará diretamente ligada à demanda trazida pelo usuário e engloba, a partir da perspectiva da clínica ampliada e de um cuidado multidimensional, necessidades sociais de inclusão e cidadania; necessidades ambientais, de oferta de acesso aos serviços de saúde; necessidades psicológicas em que se faz necessário o uso das tecnologias leves – escuta, vínculo-responsabilização, acolhimento, autonomização; e necessidades ético-legais em que seja ofertado um cuidado ampliado livre de preconceito, incluindo não só o sujeito doente, mas a família, a comunidade e os próprios trabalhadores do CAPS.

4.3 - TECNOLOGIAS DAS RELAÇÕES ENTRE TRABALHADORES DE SAÚDE, USUÁRIOS E FAMILIARES: o vínculo em suas dimensões.

Legalmente a Reforma Psiquiátrica foi instituída com a lei nº 10.216 de 06/04/2001, que redireciona o modelo da assistência psiquiátrica, regulamenta cuidado especial com a clientela internada por longos anos e prevê possibilidade de punição para a internação involuntária arbitrária ou desnecessária (BRASIL, 2004).

Para que o redirecionamento do modelo de assistência psiquiátrica do asilo para a comunidade seja efetivado, foram construídos dispositivos de assistência territorializados como os CAPS, os NAPS, entre outros. Porém somente a construção de CAPS não dá conta de efetivar a reversão do modelo de assistência em saúde mental tendo como base a atenção psicossocial.

A reversão do modelo se dá prioritariamente a partir de mudanças no agir cotidiano de cada profissional, nas suas práticas diárias, ou seja, no seu trabalho vivo em ato e principalmente nas relações estabelecidas entre os profissionais da equipe, entre usuários dos serviços de saúde mental e entre os familiares destes.

De acordo com Franco et al, 2004, são as alterações processadas no encontro realizado entre profissional e usuário na produção do cuidado vivo em ato, em nível micropolítico, que se realiza uma mudança de forma ampla e duradoura. Nesse sentido, o trabalhador da saúde mental é ator fundamental para a efetivação de um modelo de atenção cujo compromisso claro seja o desenvolvimento de práticas que tenham como eixo norteador a integralidade da atenção na perspectiva do atendimento às necessidades de saúde. Ou seja, “para inverter o modelo de atenção à saúde, é necessário mudar as cabeças e tocar os corações dos trabalhadores da saúde” (FRANCO et al, 2004, p. 49).

O trabalho vivo em ato opera como uma “máquina de guerra política” (MERHY, 2005, p. 48). Interpretando o autor, entendemos que o trabalho vivo, relacional, exercido no cotidiano dos serviços de saúde tem uma característica fortemente política de operar mudanças macroestruturais (por exemplo, efetivar um modelo de atenção em saúde à população).

Para superar a materialidade produzida pela psiquiatria aplicada em pacientes reclusos nos manicômios, que resulta em alienação, objetificação, incapacitação dos sujeitos, Campos, 2003, propõem-se uma forma de cuidado, de

qualificação das relações estabelecidas entre profissionais e usuários baseadas na clínica ampliada.

Admitimos que o primeiro passo em busca de qualificar as relações entre profissionais e usuários é uma mudança na concepção dessa relação. Esta relação-profissional/cliente - é concebida como um intercâmbio entre um sujeito potente, geralmente o médico, e um objeto suposto ser dócil, ativo apenas quando presta informações necessárias ao diagnóstico e de quem espera “servidão voluntária” (CAMPOS, 1992).

Uma consequência dessa concepção verticalizada, na qual o profissional é detentor de poder de vida e de morte sobre o usuário, é a promoção de uma assistência na qual o sujeito que sofre algum tipo de intervenção é quase que tomado como se fosse um objeto inerte passivo, como um ser incapacitado de esboçar qualquer reação, positiva ou negativa, às ações do agente que trata da cura (CAMPOS, 2002).

Devemos priorizar uma relação horizontalizada entre profissionais e usuários. Essa relação deve intencionalizar troca de conhecimentos, na qual o profissional proporcione ao sujeito-usuário capacidade de interpretar o seu território para procurar interferir em suas regras, favorecendo a autonomia deste. Parafraseando Merhy (2005), o profissional deve assumir que é responsável, com os seus saberes e fazeres, pelo que vai ser amanhã, ou seja, é através das mudanças impressas no cotidiano pelo seu saber-fazer que assistiremos à efetivação do modelo psicossocial. “Ou o fazemos diferente, ou não o será” (MERHY, 2005, p. 17).

De acordo com Merhy, 2005, o trabalho em saúde configura-se em processos de intervenção em ato, operando com tecnologias de relações, de encontro de subjetividades, que ultrapassam os conhecimentos adquiridos na formação (tecnologia leve-dura), comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa intervenção. Ou seja, o trabalhador, no seu microespaço, é quem define as ferramentas e o modo de executar o seu processo de trabalho, determinando o modelo de atenção praticado na micropolítica do serviço.

Mas que ferramentas, que instrumentos os profissionais do campo da saúde mental utilizarão para imprimir em seus cotidianos mudanças significativas no modelo de atenção?

Merhy, 2005, nos alerta a uma transição tecnológica no setor saúde que se vem construindo. Essa transição busca atingir o núcleo tecnológico do trabalho vivo em ato, reconhecendo sua capacidade de mudanças no agir em saúde e o seu lugar na

construção de processos produtivos que valorizem o trabalho interdisciplinar em detrimento ao trabalho fragmentado das especialidades.

É a partir dessa concepção de transição tecnológica que o estudo das relações estabelecidas na micropolítica do CAPS de Quixadá-Ce é relevante para a compreensão de como os processos de trabalho operados no serviço estão contribuindo para a efetiva transição do modelo de assistência em saúde mental.

Nas respostas das questões levadas aos trabalhadores, revelou-nos a compreensão de que, apesar da hegemonia do modelo biomédico, propiciando o atendimento a queixa-conduta e terapêutica medicamentosa, há um envolvimento do profissional com o problema do sujeito. Tal envolvimento, ou seja, o vínculo, para esses profissionais, é ao mesmo tempo condição necessária para o cuidado e instrumento para se obter bons resultados no tratamento.

[...] você tenta criar aquele vínculo, que chama de cuidar. Isso acaba te envolvendo, não de uma forma negativa né, de uma forma positiva até, de uma forma ai, ai, ai, não dá pra ser imune, quando você tem cuidado, não dá pra ser indiferente, como se você tivesse cuidando mesmo. No meu caso eu tenho muita sorte de ter vínculos, eu uso essa sorte como um instrumento né, como uma forma de abordar e ter resultados assim (Grupo de Trabalhadores).

O vínculo é considerado como uma diretriz que, acoplada ao acolhimento, é capaz de garantir o real reordenamento do processo de trabalho no serviço de Saúde, resolvendo definitivamente a divisão de trabalho compartimentada e saindo da lógica agenda/consulta para uma outra da responsabilização de uma equipe multiprofissional, com o resultado do trabalho em saúde (FRANCO, BUENO e MERHY, 1999).

A partir do trecho da fala do trabalhador acima transcrito associada às observações feitas do processo de trabalho no CAPS, não há (ainda) um vínculo “reordenador do processo de trabalho” no CAPS, o vínculo estabelecido se dá individualmente entre o usuário e o trabalhador que o está assistindo.

E através dos discursos dos usuários, percebe-se que esse vínculo é maior com o médico-psiquiatra, e nos arriscamos a justificar essa maior vinculação ao médico devido à maior proximidade deste com toda a clientela em detrimento a uma aproximação dos outros profissionais apenas com alguns usuários. Ou seja, todo sujeito que procura o CAPS é atendido pelo psiquiatra, porém alguns são atendidos também pela equipe multiprofissional.

Esse vínculo com o usuário é facilitado principalmente por um bom atendimento, por expressões verbalizadas pelo trabalhador que demonstram familiaridade e preocupação, e este vínculo resulta em adesão à terapêutica estabelecida.

Ele (o psiquiatra) me atende bem, pergunta como é que eu tô, que nunca mais tinha me visto, aí eu respondo a ele que eu to indo de jeito que ele mandou [...](Grupo de Usuários).

Merhy (2005), nos mostra que a constituição, nos serviços de saúde, de processos de trabalho cada vez mais partilhados, que busque um ordenamento coerente com uma lógica usuário-centrada e que permita a construção de vínculos e compromissos estreitos entre os trabalhadores e usuários, são modos de superação do modelo médico hegemônico.

Neste sentido, os trabalhadores do CAPS de Quixadá, ao procurar o estabelecimento de vínculos com os usuários do serviço, trabalham diariamente com a dialética de agir dentro do modelo de assistência médico-hegemônico e ao mesmo tempo exercer práticas de superação deste modelo.

Ao refletirmos sobre o momento paradigmático vivenciado pela saúde mental, consideramos a proposta de construção de um modelo assistencial feita por Gomes e Pinheiro (2005), em que, para tal, demonstra que o desempenho do processo de trabalho deve estar relacionado à existência de profissionais que têm claro em suas mentes o papel de agente transformador, assegurando a participação e o controle social, tornando transparentes as informações, criando vínculos efetivos entre usuários e equipe e estabelecendo relações de trocas e confiança.

Entendemos que o uso do vínculo como forma de se obter bons resultados no tratamento é devido ao compartilhamento daquilo que é construído na própria interação social: atribuição de sentido a objetos, a palavras e outros códigos, saberes e competências – a essência da vida sócio-cultural. O vínculo, persistente no tempo, favorece a continuidade dessas coisas socialmente construídas, que por sua vez favorecem o fortalecimento dos vínculos e possivelmente seu desdobramento em outras relações (CARVALHO et al., 2006).

O vínculo trabalhador-usuário se dá a partir de uma relação de confiança e suporte que o primeiro oferece ao último (CARVALHO et al., 2006).

Franco, Bueno e Merhy, (1999), consideram o vínculo como a responsabilização pelo problema de saúde do usuário, individual e coletivo. Santos et al.

(2008), corroboram ao estabelecer que o vínculo guarda estreita relação com a capacidade de construção de atos terapêuticos co-responsabilizados e co-autorais por levar os sujeitos – trabalhadores e usuários-, ao encontro de suas potencialidades. O discurso abaixo evidencia essa possibilidade de co-responsabilização pela saúde, ou seja, os trabalhadores da saúde têm responsabilidade pela saúde da população, porém a população também é responsável pela sua saúde!

[...] a questão do acolhimento, o vínculo que é muito importante, não adianta você não criar o vínculo né, a questão de responsabilidade ou que antes chamava de empoderamento, essa coisa de também jogar pras pessoas que enquanto profissional de saúde eu sou responsável pela saúde da população, a população também é responsável [...](Grupo de Trabalhadores).

Ao falarmos, contudo, no verdadeiro desafio das equipes de saúde, especificamente as de saúde mental, estamos teoricamente atrasados ao colocar o estabelecimento do vínculo-responsabilização entre trabalhadores e usuários. Autores defendem que este desafio está em superar o “diagnóstico de necessidade” integrando-se à “voz do outro” que é mais do que a construção do vínculo-responsabilização (GOMES e PINHEIRO, 2005).

O desafio não está em responsabilizar-se somente pela saúde/doença do sujeito, mas lutar junto com o usuário por uma condição de saúde desejável por este. E partir desse conceito de integrar-se à voz do outro, o trabalhador deve considerar a diversidade cultural e as diferentes concepções do processo saúde-doença.

Acerca da diversidade cultural, Caprara e Rodrigues (2004), enfatizam que é uma realidade a qual os profissionais precisam administrar em sua prática, pois exige o aprendizado de novos valores e o desenvolvimento de outras percepções de saúde-doença. E ainda se trata de uma aprendizagem indispensável para uma intervenção eficiente, que perceba o processo do adoecer em saúde mental, notadas as multicausalidades e emergências de transtornos neuróticos e de queixas difusas, como já discutimos anteriormente.

No contexto do CAPS de Quixadá, a construção do vínculo terapêutico entre trabalhadores e usuários é facilitada por características próprias das cidades do interior em detrimento às grandes capitais. Por ser cidade pequena, propicia um relacionamento que transcende ao vínculo institucional. Os usuários conhecem os trabalhadores e seus familiares, sabem onde moram, procuram-nos fora do horário do serviço e vice-versa.

Um outro fator que facilita esse vínculo terapêutico é a forte afetividade atribuída aos sujeitos portadores de transtornos mentais.

[...] eu fui muito bem acolhida pelos usuários, acho que em todo serviço, o paciente mental tem aquele apego muito grande. Se você não vem ao serviço um dia por causa de doença eles já ficam preocupados achando que você não vem mais ao serviço, eles acham que você foi transferidos pra outro lugar, tem outros que pedem- ah eu não quero que você vá embora, tanto os usuários como familiares[...] (Grupo de Trabalhadores).

A gente se dá muito bem com os usuários, todos os usuários. As vezes eu acho melhor lutar com o usuário do que com o paciente que é normal, eles são melhor da gente lidar que os normal, eles têm mais atenção, aquela coisa (Grupo de Trabalhadores).

[...] o usuário da saúde mental ele tem uma coisa que eu acho muito bacana, ele tem uma inteligência afetiva fantástica, ele tem uma capacidade de gostar e de mover um relacionamento mais íntimo muito fácil, interior isso é muito mais fácil por que você conhece todo mundo, de uma forma ou de outra você sabe onde tá, de que família é, você sabe onde mora, eles sabem onde você mora, quando eles tem um problema final de semana alguma coisa eles vão bater na sua casa, [...] (Grupo de Trabalhadores).

Carvalho et al (2006), nos fala acerca dos elementos facilitadores para o estabelecimento do vínculo entre trabalhadores de saúde e usuários, que são: compreensão, oferecimento de escuta e apoio, capacidade de narrar e provocar narrativas.

Observamos, através dos discursos apreendidos, convergências quanto ao uso de instrumentos como a escuta e a fala dos sujeitos, corroborando a assertiva de que esses instrumentos são facilitadores do vínculo.

Todos os grupos a gente tem o momento da fala. A escuta é um dos instrumentos. Tem o momento da fala e esse é um instrumento que a gente tem que utilizar sempre (Grupo de Trabalhadores).

Mas na saúde mental como tudo é muito dinâmico, o maior instrumento que nós temos aqui é a escuta, é o grande instrumento é você perceber o que o outro tá fazendo, que é muito próprio dele, que é a subjetividade dele[...] . Então assim um grande instrumento, a escuta, a habilidade de escuta, o acolhimento. Mas é a capacidade

de acolher, a capacidade de escutar e a capacidade de criar [...], articular, negociar, pactuar. GT_09

Caprara e Rodrigues (2004) acrescentam que para o sucesso da relação terapêutica, evidenciada pelo vínculo entre médicos e pacientes⁷, e aqui abrimos um parêntese para inserir não só o profissional médico como toda a equipe de trabalhadores do CAPS, é necessário que estes incorporem a percepção do paciente sobre sua doença através da sensibilidade para conhecer a sua realidade, ouvir suas queixas e juntos encontrarem estratégias que facilitem sua adaptação ao estilo de vida influenciado pela doença.

Acerca do uso de instrumentos usados no cotidiano das práticas no CAPS, os discursos apreendidos acrescentam o humor, o riso, a espontaneidade e a própria atividade terapêutica como meio de se conseguir um vínculo com o usuário.

Então chamar de humor ou o riso é uma coisa que te serve como um instrumento de avaliação e cria um vínculo também. Os pacientes que mais riem nas consultas às vezes, quando é o caso de um depressivo, você tem um vínculo maior. [...] nem todos conseguem ser espontâneos a ponto de formar um vínculo, eu tenho essa sorte, assim demais (Grupo de Trabalhadores).

[...], então às vezes eu utilizo aquilo ali (atividades terapêuticas) como meio pra conseguir um vínculo maior com o paciente [...](Grupo de Trabalhadores).

Gulassa (2007) sistematiza a construção do vínculo terapêutico em três etapas: contrato, que contextualiza a natureza da relação profissional-paciente e é a base para o desenvolvimento de um projeto terapêutico resolutivo; a continência, que oferece um espaço de escuta e acolhimento; e a confiança, construída a partir das duas etapas anteriores numa dinâmica inter-relacional mútua, ou seja, a confiança não existe sem haver um espaço desenvolvido de continência, e esta, por sua vez, não é possível sem um contrato também adequado.

Dentre essas três etapas, enfatizamos a importância do contrato realizado entre profissional e usuário. Ele por si só caracteriza uma relação horizontalizada de poderes entre ambos, participação ativa do usuário no projeto terapêutico com autonomia. Desta forma, concordamos com Santos et al. (2008), em que o vínculo pode

⁷ Utilizamos aqui o termo “paciente” para sermos fiéis aos autores citados, porém partimos da concepção de sujeitos usuários dos serviços oferecidos pelo CAPS e não pacientes do CAPS.

ser uma ferramenta que agencia as trocas de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo e o subjetivo, convergindo-os para a realização de atos terapêuticos conformados a partir das sutilezas de cada coletivo e de cada indivíduo, favorecendo outros sentidos para a integralidade da atenção à saúde; e ainda, o vínculo é promotor da construção de sujeitos autônomos.

Em movimento contrário ao colocado por Gulassa (2007), Santos et al. (2008) parte do estabelecimento do vínculo entre profissional e usuário para o sucesso das negociações contratuais entre ambos. Enfatiza que o vínculo permite que a negociação caminhe para um consenso de necessidades e responsabilidades, isto é, não seja centrado no trabalhador e, ao mesmo tempo, não seja realizado puramente pela manifestação de desejo do usuário.

Quando o projeto terapêutico é apenas imposto pelo trabalhador de saúde, não se cria um espaço para negociações e pactuações e destrói ou impede a autonomia do sujeito usuário. Desconsiderar essa potencialidade pode significar um não-vínculo e ceder simplesmente aos anseios da comunidade pode representar uma não-responsabilização frente aos desafios de transformação que estão delineados no cotidiano das práticas em saúde mental (SANTOS et al., 2008).

O vínculo seria um meio para a realização de uma prática clínica de qualidade e integral, partindo da aproximação afetiva entre os sujeitos que cuidam e os sujeitos que são cuidados, e do reconhecimento legítimo do saber biomédico, porém agregado ao saber difundido, e também legítimo, dos ritos e práticas populares (ACIOLI, 2002; CAMPOS, 2000; FERREIRA et al, 2008).

Os discursos, todavia, evidenciaram grandes obstáculos à construção de vínculos através de relacionamentos insatisfatórios estabelecidos entre trabalhador e usuário no primeiro contato. Tal insatisfação se dá pela comunicação estabelecida que gera incompreensão do usuário e não satisfaz àquela demanda que o trouxe ao serviço.

Em outros casos, há uma total falta de empatia do usuário pelo profissional. Isso ocorre pelo apego afetivo que muitos usuários têm a um único profissional, então, na ausência deste, recusa a presença de qualquer outro profissional, chegando, em alguns casos, até a recusar a terapêutica estabelecida.

É claro que a gente, sempre não agrada todo mundo né, e uma vez me surpreendeu lendo a caixinha de reclamações do serviço, tinha uma pessoa que reclamou dos serviço, do meu atendimento, eu achei interessante aquilo ali por que se ela reclamou é por que ela não saiu satisfeita e se ela não saiu satisfeita é por que naquele

momento a linguagem não foi ajustada entre eu e o usuário né, alguma incompreensão existiu, alguma falha na comunicação existiu, e que isso faz com que a gente esteja refletindo sobre a nossa prática, sobre a nossa forma de atendimento, que as vezes se diz tão humanizada e se depara com uma crítica dessa, aí você vai buscar né (Grupo de Trabalhadores).

[...] mas é claro que a gente sabe que tem pessoas que não se identificam, tem pacientes que não se identificam comigo, chego numa visita ele não quer me receber, tem outros ele quer a mim e não quer o outro colega, tem toda essa questão do vínculo que é normal existir, mas nós temos um bom relacionamento com o paciente, eu particularmente tenho um bom relacionamento (Grupo de Trabalhadores).

No processo de trabalho no CAPS, no qual o objeto e o objetivo imediato do cuidar sejam o sujeito e a criação de vínculos com este, respectivamente, a comunicação se apresenta como um elo entre o sujeito e o trabalhador, um elemento indispensável à qualidade das relações, à identificação do processo saúde-doença e à realização do verdadeiro cuidar em saúde mental, pois determina uma prática humanizada, na qual ocorre uma troca de mensagens compartilhadas, enviadas e recebidas (FERREIRA, COTTA e OLIVEIRA, 2008).

A comunicação nesse sentido é um dos principais instrumentos de promoção desse vínculo, principalmente a comunicação não-verbal através da observação de gestos, postura, linguagens e da escuta. Estes elementos facilitarão a difícil arte da empatia. De acordo com Passadori, 1999, empatia refere-se à habilidade de se colocar no lugar do outro, prestando atenção no significado do que está sendo dito, na maneira como a mensagem está sendo transmitida, no estado emocional, limites e conhecimentos do transmissor, é olhar para os olhos, é perguntar caso haja dúvidas, é evitar interpretar a partir do que foi dito.

A comunicação entre aqueles tende a ser insatisfatória, tanto pela limitação de tempo e conseqüente falta de disponibilidade que a maioria desses profissionais enfrenta por ter que conciliar diferentes atividades, quanto pela insuficiente preparação para escutar e dialogar com o paciente (TRAVERSO-YÉPEZ; MORAIS, 2004).

Um fato frequentemente presente nas falas dos trabalhadores dos CAPS relacionou-se ao rodízio de profissionais da equipe multiprofissional, o que acarreta um prejuízo nas relações com o usuário, principalmente na criação de vínculos.

[...] de uns tempos pra cá houve uma mudança mas por necessidade do próprio profissional,[...], tudo foi necessidade do profissional, não foi aquela coisa da gestão afastar[...] (Grupo de Trabalhadores).

Quando eu cheguei tinha muito pouco profissionais, houve mudanças (Grupo de Trabalhadores).

Eu cheguei aqui eu e outras pessoas, por que mudou muitos profissionais, depois que eu cheguei já saíram três, quatro, mudaram cinco pessoas, e entraram outras, então eu entrei junto com outras pessoas e peguei saídas de outras, [...] (Grupo de Trabalhadores).

Esse rodízio de recursos humanos nos CAPS acontece por falta de vinculação destes com a Secretaria Municipal de Saúde, ocasionando uma precarização do trabalho em saúde mental. Há um reconhecimento por parte da gestão municipal em manter os profissionais que já estão no serviço há muito tempo, como é o caso de um trabalhador que chegou ao serviço por indicação partidária, sem sequer saber o que era CAPS, no entanto, conseguiu desenvolver um trabalho convergente com as diretrizes do novo modelo assistencial e criou vínculos com os usuários, e já está no serviço há mais de 10 anos.

De acordo com Jorge et al. (2007), a precarização do trabalho integra um conjunto de tendências muito fortes da economia, decorrentes, em última análise, da globalização. E é uma realidade presente não só no CAPS de Quixadá. Em pesquisa realizada nos CAPS de Fortaleza-CE, verificou-se que existem diversas formas de contratação dos trabalhadores. Ou seja, há uma flexibilização das relações trabalhistas, caracterizadas pela terceirização, concretizada pela contratação direta por contrato temporário e via cooperativas, bolsas de trabalho, estágio remunerado. Portanto, contrariando os princípios normativos da administração pública consagrados constitucionalmente, nos quais a inserção no serviço público deverá se dar somente por concurso público (JORGE, GUIMARÃES e NOGUEIRA et al., 2007).

Outro motivo evidenciado pelos próprios trabalhadores com relação à saída de profissionais da equipe diz respeito à procura, pelo profissional, de maior especialização; e o CAPS de Quixadá, tem esse interesse em capacitação dos trabalhadores. Quando há possibilidade de conciliar os diversos interesses dos profissionais, ele permanece no serviço, se a cidade não oferece essas possibilidades, ele sai à procura de outras experiências, em outros serviços e em outras cidades.

[...] de uns tempos pra cá houve uma mudança, mas por necessidade do próprio profissional, [...], não foi aquela coisa da gestão afastar; [...] aqui se formaram muitos mestres,[...] outros fizeram

especialização. Então aqui sempre teve essa coisa do incentivo a aumentar a especialização ou o mestrado, dentro da própria instituição, então era como se não tivesse a idéia de um dia sair. Depois de algum tempo, é lógico, que tem essa possibilidade e alguns decidiram sair (Grupo de Trabalhadores).

O que ta me salvando agora, que eu tô em Quixadá ainda, é a possibilidade de uma carreira acadêmica, to dando aula de neurologia e de psicopatologia, [...] então o que me segura aqui é isso ainda. [...] Essa troca com a faculdade é que é fantástica aqui, é isso que me segura aqui agüentar esse horror de gente [...] (Grupo de Trabalhadores).

Percebemos nesse último discurso uma “arte de compor formação de compromisso entre seus desejos (do trabalhador) e as obrigações sociais”, ou seja, uma forma de trabalhar em função, centralmente, do próprio desejo – carreira acadêmica – e, no entanto, atendendo também a necessidades e imposições sociais, de atender uma demanda que chega ao CAPS na esperança de mudar (um dia) a conjuntura atual.

Com relação ao motivo de saída de profissionais da equipe, não há uma convergência entre os trabalhadores. No discurso de um dos trabalhadores, fica evidente que o rodízio destes é ocasionado por vontade política da administração municipal e não por vontade própria.

Muitas vezes você sai de uma administração e corre o risco de desfazer todo um trabalho que você tem feito por causa da descontinuidade política de um prefeito, de um partido, de uma coisa pra outra. Então, isso pra gente é muito importante e a gente tem que segurar isso, independente do partido, independente disso, você tem que segurar o caminho que você traçou e que você tem seguir ele, construindo ele (Grupo de Trabalhadores).

A propósito da possibilidade de democratização das relações de trabalho no CAPS de Quixadá, os discursos convergem para a participação do trabalhador na gestão da organização e da produção do cuidado prestado aos usuários. Percebemos através de trechos dos discursos que é estabelecida uma gestão participativa, na qual as decisões são tomadas em equipe através de reuniões, encontros, quando todos são escutados e os problemas, discutidos pelo grupo.

[...] quer dizer muito tempo de convivência cria um vínculo muito mais forte e a equipe de saúde de 14 anos atrás, quem ainda está aqui, sempre teve aquela forma de agir através de reuniões, de

encontros, isso sempre fortalece, e a equipe do CAPS não é diferente (Grupo de Trabalhadores).

É uma equipe que você viu lá na supervisão, é uma equipe que por mais que seja organizada hierarquicamente, secretária, coordenação, tatata, mas isso é resolvido de uma maneira muito legal, todo mundo tem uma opinião, toda opinião é escutada, tudo é discutido em grupo (Grupo de Trabalhadores).

[...] A gente tem uma gestão muito participativa, as decisões são tomadas em reunião, sempre em conjunto, num espaço onde todos podem se colocar, todos podem dar opinião e eu acredito que a gente, eu tenho um bom relacionamento com a equipe, nós temos uma equipe jovem. Em termos gerais eu tenho um bom relacionamento com toda a equipe, nessa postura de diálogo, sempre estar dialogando né, de diálogo e de escuta e de socialização mesmo dos saberes de cada um (Grupo de Trabalhadores).

Estimuladas pelos discursos acima que convergem acerca da gestão compartilhada com todos os membros da equipe, trazemos as considerações de Campos (2005), sobre a autonomia do trabalhador aplicada ao campo da saúde mental. Para o autor, a autonomia entre os trabalhadores não foi tomada como um desafio central por nenhuma das escolas de administração. Ele propõe o Método da Roda, que procura romper com esta tradição, tratando de combinar compromisso social com liberdade.

Campos (2005) reitera que o exercício da subjetividade vem sendo considerado um empecilho à ordem e ao progresso e que há um esforço dos dominantes para liquidar com um padrão de subjetividade que autorize à expressão de desejos e interesses.

Ora, vivenciamos abertamente essa “liquidação de subjetividade” no momento de solicitar autorização para as entrevistas, posto que o período antecedia as eleições municipais e poderia prejudicar alguns trabalhadores que não tinham vínculo administrativo com o serviço. Percebemos certo receio de alguns trabalhadores em se expressarem abertamente por motivos políticos.

Observamos que, apesar de imprimirem no cotidiano do serviço uma gestão democrática, participativa, no campo macropolítico, eles estão submetidos a uma gestão verticalizada em que prevalece os interesses políticos do partido que está no poder municipal.

Esse modo de gestão que privilegia a participação de todos os trabalhadores do serviço é uma forma de transformar trabalhadores subsumidos pelo trabalho morto

expresso pela rotina, pelos protocolos de anamnese e triagem, pela burocracia dos prontuários, em sujeitos, atores participantes ativos no processo de transformação do modelo de atenção.

Reconhecemos nos trabalhadores pesquisados, a imersão na história da psiquiatria e da sociedade quixadaense, a obtenção de uma subjetividade singular e uma capacidade de reagir ao contexto, o que os tornam sujeitos, de acordo com a definição de Campos (2005), ou seja, um ser biológico com um grau de autonomia necessário para realizar desejos, interesses e necessidades.

Observamos uma diversidade de características subjetivas inerentes a cada trabalhador, que, enquanto diferentes, se complementam. Presenciamos o trabalhador tímido, o tagarela, o expansivo, o compreensivo, o literário, o músico, o louco! Com essas diferentes subjetividades eles fazem o trabalho em concerto, não no sentido taylorista colocado por Campos (2005), mas no resultado final, em que ecoa uma bela canção. E uma canção sempre ecoa das cordas de um violão ao final de cada reunião, ao final de cada decisão em equipe, que não tem hora marcada para acontecer, às vezes acontece ao final do expediente.

Os resultados mostram que o relacionamento estabelecido entre os trabalhadores e familiares dos usuários do CAPS se dá através de parceria na construção do projeto terapêutico. De acordo com Fonseca (2005), o conceito de família varia de acordo com a classe social a que pertence o indivíduo, isto é, entre pessoas da elite, prevalece a família como linhagem, que mantêm entre elas um espírito corporativista, as camadas médias abraçam em espírito e em prática a família nuclear (que moram no mesmo domicílio), e para os grupos populares o conceito de família está ancorada nas atividades domésticas do dia-a-dia e nas redes de ajuda mútua. Com relação a essas redes de ajuda, ressaltamos que compreende o espaço para outras casas e até mesmo para outros bairros.

Aqui ao nos referirmos à palavra “família”, não implica somente a família tradicional formada por casais heterossexuais, unidos pelo matrimônio, incluindo parentes biológicos. Utilizamos a definição utilizada por Serapione (2005), que diz que as famílias de qualquer país ocidental desenvolvido ou em desenvolvimento não é uma entidade fixa, mas sim, uma pluralidade de formas.

Sempre é muito de parceria, né, por que nós também entendemos que o portador de transtorno mental não dá pra tratar sozinho, precisa ter a colaboração da família, a orientação da família, a própria família nos orienta. Ninguém melhor do que a família pra

nos dizer o que acalma numa determinada crise de uma determinada pessoa, o que um medicamento faz. Às vezes o médico prescreve uma medicação, aí a família diz esse aí não é adequado por que tem um efeito X ou Y que não é adequado, então essa parceria é muito boa (Grupo de Trabalhadores).

[...] eles (familiares) tem um vínculo grande com a gente, mas alguns tem um pouco de rejeição, é pouco 1 % rejeitam nossa presença, mas é um relacionamento tranquilo, a gente tenta passar um relacionamento aberto, transparente pra eles, por que muitas vezes os familiares nos ajudam, a vizinhança também nos ajuda muito, como também atrapalha (Grupo de Trabalhadores).

Sempre gosto de familiares por perto pela anamnese indireta, você vai tentar mostrar pro outro como você pode agir, ela vai lhe educar também “ olha você vai dar remédio tal hora, você não faça isso, quando ela tiver falando isso você não entra nem sai”, até a dieta, até tratar uma prisão de ventre, você vai discutir remédio caseiro , remédio de mato, isso eu acho legal (Grupo de Trabalhadores).

De acordo com Jorge, Ramirez, Lopes et al. (2008), a instituição familiar é percebida pelos próprios usuários como peça fundamental no novo modelo de reabilitação psicossocial cujo tratamento objetiva o aumento da autonomia do indivíduo acometido por transtornos mentais. E ainda, segundo as autoras, a família participa do cuidado do parente com transtorno mental, fornecendo amor e incentivando a adesão ao tratamento, sendo necessário para isso um maior envolvimento entre família e instituição.

Um CAPS que pressupõe seu trabalho no modo psicossocial deve, fundamentalmente considerar que essa proposta só se concretiza através da parceria e da participação familiar. Essa possibilidade de parceria não é fácil e sofre dificuldades, visto que os familiares/cuidadores possuem sobrecarga de ordem emocional evidenciadas pelo sofrimento desses frente à tensão cotidiana experienciada em seus lares, ao convívio com o sofrimento do outro, à falta de respostas sobre como atuar diante dos comportamentos apresentados na crise. Esses fatores tornam o cuidador/familiar objeto de intervenção da equipe, pois não se cuida sem família e, para tal, é exigido um olhar ampliado para todos os recursos encontrados nela própria e na sua rede social (PEGORARO e CALDANA, 2006; SCHANK e OLSCHOWSKY, 2008).

E o discurso abaixo revela a negligência familiar com a reabilitação do usuário do CAPS. Essa falta de colaboração da familiares dificulta a intervenção da equipe multiprofissional para a reabilitação psicossocial do indivíduo.

As vezes a gente encontra alguma dificuldade com familiares, as vezes pela questão deles estarem cansados, existe assim, não é que só o familiar que não quer cuidar, existe o familiar que negligencia, a gente encontra mais dificuldade de intervir né nesses casos, por que a família é fundamental, é fundamental a família, o conhecimento da família, da doença,[...] (Grupo de Trabalhadores).

Segundo Althoff (2002), a família como grupo social é essencial para o processo de viver de todo ser humano. Elsen (2002) afirma que o cuidado familiar se dá através da presença do outro pela escuta, promoção da vida e bem-estar, proteção e inclusão dos membros na comunidade em que vive.

Então, nos processos de trabalho, no qual o trabalhador precisa contar com o cuidado familiar, é necessário que ele trace essas linhas de ajuda mútua, para poder melhor refletir sobre o que é, nessa instância, a “família” pertinente, a qual será responsabilizada pelo cuidado familiar.

4.4 – SIGNIFICADOS DO CUIDAR EM SAÚDE MENTAL

Conhecer as dimensões do cuidado em saúde, os significados do cuidar em saúde dos profissionais do campo da saúde mental é um dos caminhos a percorrer em busca de uma mudança no modelo assistência a favor de uma maior humanização com valorização da subjetividade do sujeito.

No contexto da atenção primária, cujo cenário favorece a uma maior flexibilidade no cotidiano dos profissionais de saúde, favorecendo essa valorização da subjetividade do usuário, a incorporação do sujeito ainda vem se fazendo de modo incipiente ou descontextualizada, com uma frágil percepção de suas necessidades em saúde e das intervenções mais apropriadas a serem realizadas (FAVORETO, 2008). Assim, estendemos essa assertiva ao campo da saúde mental, que compartilha das mesmas condições de territorialidade, com o diferencial de estar atuando no nível secundário da atenção.

Entender quais as concepções dos trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial de Quixadá-Ce acerca do cuidar em saúde mental foi uma das inquietações que motivaram este estudo. Procuramos, através da coleta do material empírico, entender quais os significados que norteiam suas práticas no cotidiano do serviço.

Nas respostas das questões levadas aos trabalhadores, revelou-se a compreensão de cuidar a partir de uma perspectiva bio-patológica e de minimização do sofrimento do outro:

[...] nosso objetivo é de alguma forma minimizar os efeitos negativos de um mal comportamento, de uma dificuldade de aprendizagem, até de identificar uma deficiência mental. [...] é minimizar esse efeitos mais danosos (Grupo de Trabalhadores).

[...] é dar conta. ... a nossa função é basicamente, dar conta que eu chamo, é tentar uma forma de equilíbrio diferente, o que acontece depois, cada um, com seu equilíbrio. Se a auto-medicação traz o equilíbrio de volta, em alguns casos traz, e cada vez que o tempo passa as coisas complicam, mais e mais pessoas só conseguem o equilíbrio com a porcaria da medicação, e eu não posso negar ou ser idealista não. Então assim, função principal é devolver um pouco de equilíbrio. Aí depois do equilíbrio vem paz, vem sossego, vem um monte de coisa (Grupo de Trabalhadores).

Essa concepção de cuidar em saúde mental adquire uma dimensão do “cuidado como técnica” e volta-se às práticas mais comprometidas com os modelos tradicionais da biomedicina numa perspectiva na qual o usuário se afasta de sua capacidade de autogestão, ocupando o papel de “paciente”, ou seja, de dependente da ajuda especializada dos profissionais; estes, porém, não vêem aquele como sujeito e não compreendem o motivo de busca de cuidado no serviço, caracterizando suas práticas pelo modelo de relação sujeito-objeto (CARVALHO, BOSI e FREIRE, 2006).

De acordo com Favoreto (2008), a ênfase que a biomedicina promove nos aspectos biológicos, a sua perspectiva fragmentada e fragmentadora e a hierarquização implícita dos saberes biomédicos são questões que se opõem às idéias agregadas sob o rótulo do cuidado. Concordamos com o autor e ainda enfatizamos que os excertos que expressam essas concepções de cuidar na verdade revelam um descuidar frente às necessidades de saúde de quem tem um transtorno mental. Discutiremos esse paradoxo acerca desse cuidar nos parágrafos a seguir.

Esse tipo de cuidado é o que vem à cabeça de qualquer pessoa ao se falar em cuidado em saúde, ou seja, um sentido já consagrado pelo senso comum, de um conjunto de técnicas organizadas para a efetividade de uma terapêutica.

Essa concepção de cuidar diverge do sentido dado por Ayres (2006), de constructo filosófico a partir do entendimento de cuidado como uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas variadas situações do agir terapêutico, isto é, uma interação entre sujeitos – profissional e usuários – no momento do consumo dos produtos dessa ação por estes.

Essa maneira de encarar o cuidado em saúde mental, limitando-o a uma correção no equilíbrio químico do usuário, torna o momento assistencial tão singular a ponto de serem imperceptíveis e sub-aproveitadas as trocas mais amplas que se realizam no encontro profissional/usuário. Ayres (2006) chama esse tipo de interação de “objetivação dessubjetivadora” na qual há um descuido com a filosofia de vida do usuário, suas opções, suas concepções de vida e seus projetos de felicidade.

As transformações na saúde trazidas pela medicina biológica e sua cientificidade e sofisticação tecnológica trouxeram benefícios e malefícios já conhecidos. Na saúde mental, podemos listar: avanços e ampliações do poder de diferenciar um problema neurológico de um transtorno mental, aumento da eficácia e eficiência das intervenções psicofarmacológicas, controle sobre a evolução dos transtornos mentais graves como a esquizofrenia, agora encarada como uma doença

crônica como a diabetes ou a hipertensão. Em contrapartida, dificuldades em realizar exames devido à banalidade de solicitações por parte dos médicos, associado ao número insuficiente de procedimentos de alto custo pagos pela saúde pública, objetivação do sujeito que é visto apenas pela queixa trazida, passível de ser resolvida pelo arsenal farmacêutico, medicalização excessiva, subvalorização de outras intervenções tecno-assistenciais interdisciplinares pelos próprios usuários que já incorporaram a medicação como único recurso terapêutico que irá curar os seus males.

Devido a essas dificuldades, destacamos uma incapacidade das ações de assistência em saúde mental em efetivar definitivamente o modelo psicossocial de atenção através da incapacidade de se mostrarem sensíveis às necessidades extra-queixa dos usuários que ali chegam em busca de ajuda. Essas necessidades extras-queixas perpassam pelo relacionamento familiar, condições de trabalho, moradia, lazer, condições sócio-econômicas, filosofias de vida, entre outros.

Corroborando Ayres (2006), reafirmamos a irracionalidade, a desumanidade e onipotência da tecnociência da assistência em saúde decorrente do afastamento da arte nos momentos relacionais. Parafraseando o autor, “é como se a terapêutica estivesse perdendo o seu amor pela vida, estivesse perdendo o elo de ligação entre seus procedimentos técnicos e os contextos e finalidades práticos que os originam[...]” (AYRES, 2006, p. 86).

Observamos essa insensibilidade dos profissionais do CAPS de Quixadá, através de uma anamnese sumária e burocratizada na qual o saber prático⁸ possível de ser estabelecido neste momento relacional é subsumido pela rotina de preenchimento de um formulário admisional e por uma atenção multiprofissional fragmentada. Essa rotina burocratizada, ou seja, esse modo estático de aplicação e construção de tecnologias e conhecimentos científicos, acaba por limitar a visão das necessidades de intervenção na saúde dos usuários que procuram o serviço.

Ayres (2000; 2006) nos alerta à necessidade de superar a restrição às tecnologias – duras e leve-duras – que trabalham com uma racionalidade instruída pelos objetos das ciências biomédicas e que estão diretamente relacionadas com a concepção técnica do cuidar, acima discutida. Reconhecemos a importância da biomedicina, como o próprio autor também reconhece, “pelo tanto que já avançaram na tradução de

⁸ Um saber que se distingue da universalidade da técnica e da ciência, como também se diferencia do livre exercício da subjetividade criadora de um produtor de artefatos (AYRES, 2006).

demandas de saúde no plano da corporeidade”, porém outras abordagens merecem ser enfatizadas para que aquele momento terapêutico seja permeado pelo verdadeiro cuidar.

De acordo com Franco e Magalhães Jr. (2003), mudar o modelo assistencial requer uma inversão das tecnologias de cuidado a serem utilizadas na produção da saúde. Um processo de trabalho centrado nas tecnologias leves e leve-duras é a condição para que o serviço seja produtor do cuidado. Os resultados evidenciam essa inversão a partir da convergência nos discursos dos trabalhadores quanto ao predomínio das tecnologias leves e leve-duras como instrumento no processo de trabalho.

A gente aprende mais com a experiência. Instrumento é a experiência que eu tive [...]. [...] tudo que foi estudado, desde medicina clínica, clínica geral, psicologia, psiquiatria [...](Grupo de Trabalhadores).

[...] eu já uso a música como instrumento de auto-expressão, principalmente com psicóticos [...](Grupo de Trabalhadores).

A sistematização de enfermagem, geralmente a gente faz uma dinâmica que pega na internet, livros de enfermagem psiquiátrica que eu leio [...](Grupo de Trabalhadores).

[...] na psicoterapia a ferramenta sou eu. Eventualmente eu utilizo testes, questão de criança, de coordenação motora, [...](Grupo de Trabalhadores).

A escuta é um dos instrumentos. Tem o momento da fala e esse é um instrumento que a gente tem que utilizar sempre (Grupo de Trabalhadores).

[...] o maior instrumento que nós temos aqui é a escuta, é o grande instrumento, é você perceber o que o outro ta fazendo, que é muito próprio dele, que é a subjetividade dele[...] . Então assim um grande instrumento, a escuta, a habilidade de escuta, o acolhimento.[...], articular, negociar, pactuar (Grupo de Trabalhadores).

E ainda, a intervenção técnica se articula verdadeiramente com um cuidar quando o sentido da intervenção passa a ser não apenas o alcance de um estado de saúde visado de antemão, nem somente a aplicação mecânica das tecnologias disponíveis, mas sobretudo, o seu sentido prático para o usuário, considerando a sua autonomia em decidir quais das intervenções ali disponíveis é a mais indicada para suas necessidades de saúde. Ao indivíduo portador de um transtorno mental ou em sofrimento psíquico que procura o CAPS, devem ser mostrados os significados de todas as intervenções oferecidas pelo serviço – a psicoterapia grupal e individual, a atividades da terapia

ocupacional, a arteterapia, entre outras – mesmo que este tenha vindo ao serviço unicamente em busca de medicamentos.

Observamos que a busca por medicamentos, entre eles psicotrópicos, ansiolíticos e antidepressivos é uma realidade observada no CAPS de Quixadá-Ce e pelos CAPS da capital cearense, pois, segundo pesquisa realizada nos CAPS das regionais III, IV e VI, 91 % dos usuários apresentaram o psicofármaco como tratamento de escolha (SOUZA, 2007).

Concordamos com Ayres, 2006, quando reveste o cuidado com a sua importância para as práticas de saúde a partir do desenvolvimento de atitudes e espaços de encontro intersubjetivo, o exercício de uma sabedoria prática para a saúde apoiada nas tecnologias leve-duras, porém sem se subsumir a elas.

Entre outras concepções emergidas dos trabalhadores de saúde mental, reconhecemos a concepção de cuidado convergindo com a clínica ampliada em busca de oferecer uma melhor qualidade de vida à população.

[...] é favorecer uma melhor qualidade de vida para essas pessoas que buscam o serviço de saúde mental. Mas eu acho que o principal é produzir saúde, o principal objetivo. E a atenção psicossocial, por que na verdade o CAPS existe para produzir essa atenção psicossocial que é a clínica ampliada ou a sócio-clínica como outro diz (Grupo de Trabalhadores).

Nesse excerto, o exercício da clínica ampliada confunde-se com a própria atenção psicossocial, o que a nosso ver evidencia uma clínica do sujeito, ou seja, uma ênfase sobre o indivíduo portador de transtorno mental, no caso não um enfermo em geral, mas “um sujeito concreto, social e subjetivamente constituído” (CAMPOS, 2003).

A atenção psicossocial como tecnologia de cuidado no contexto da Reforma Psiquiátrica busca resgatar a potencialidade de produção de comunicação, relações e vínculos com os usuários dos serviços de saúde mental. Redefine-se como um saber fazer que nos permite considerar o transtorno psíquico como mais um dado na história de um sujeito: um sujeito que vive em determinado território, que estabelece relações sociais, que faz parte de uma determinada família e que é portador de um transtorno severo e persistente que tem repercussões em diferentes aspectos de sua vida (KANTORSKI et al., 2006).

Essa prática clínica-psicossocial surge no contexto da micropolítica dos trabalhadores do CAPS como um novo modo de saber-fazer em saúde mental. E se reveste de

vital importância nesta área, pois, concordando com Kantorski et al. (2006), é inerente ao cuidado, neste campo, o conhecimento da complexidade e subjetividade do usuário, através do enfoque neste e em sua família a fim de que juntos – profissionais, usuários e familiares – encontrem uma maneira menos dolorosa de auto-expressão do sofrimento psíquico.

A clínica do sujeito ou clínica ampliada trata de uma ampliação do objeto de saber, da enfermidade como objeto de conhecimento e de intervenção, e ainda inclui o sujeito e seu contexto como objeto de estudo e práticas clínicas (CAMPOS, 2003). Ou seja, a clínica ampliada defende uma dialética do sujeito-enfermidade, na qual os dois são objetos de intervenção, pois a clínica empobrece-se quando ignora as inter-relações entre sujeito e seu contexto assim como é importante considerar a doença por que esta influi na decisão de qual clínica recorrer.

Um exemplo prático disso é que o usuário dos serviços de saúde mental em um momento de “crise” necessitam de imediato da clínica tradicional, ou seja, que dê respostas imediatas à causas e possíveis intervenção. Num segundo momento de controle dos sintomas psicóticos e/ou neuróticos, estabelece-se a clínica do sujeito, em busca de vínculo e responsabilização, na qual entra toda a rede de apoio e o contexto social na qual o indivíduo está inserido. Chamamos essa abordagem de clínica psicossocial.

Campos (2003) reconhece, na prática, numerosas clínicas com a característica de haver contigüidade e também muitas diferenças entre elas. Considera a clínica sob três semblantes sob as quais se apresenta: a clínica oficial, uma degradada e a clínica ampliada ou clínica do sujeito. A partir disso, vemo-nos então diante de um outro semblante da clínica? A clínica-psicossocial ?

A clínica degradada resulta de uma mescla de uma política de saúde inadequada com um comportamento alienado de profissionais que tratam todos os indivíduos de forma padronizada, independente da situação e gravidade nas quais se apresentam. Aqui seus interesses pessoais e corporativos estão acima das necessidades dos usuários do sistema de saúde, mais especificamente dos CAPS.

A clínica oficial recebe suas críticas por ter como objeto de trabalho a doença, deixando entre parênteses o usuário e toda a sua subjetividade. Os usuários dos equipamentos de saúde são reduzidos à doença pela qual estão acometidos: é o depressivo, o maníaco, o suicida, o renal, a depressão pós-parto, entre outros diagnósticos da ciência biomédica. Parafraseando Campos (2003, p.61), “[...] essa redução autorizaria a clínica oficial a se desresponsabilizar pela integralidade dos sujeitos”, resultando em cuidado fragmentado, na qual o objetivo maior da terapêutica é a cura. Um grande paradoxo na saúde mental em que os transtornos mentais, em sua grande maioria, são crônicos. Além disso, a própria história feita pela psiquiatria, desde seu nascimento até sua reforma, demonstra a ineficiência e insuficiência desta clínica oficial.

A clínica psicossocial leva em consideração a doença, ou seja, a psicopatologia, o transtorno mental, como também o sujeito, seu ambiente familiar, a cultura, a sociedade e todos os problemas decorrentes desses contextos como os problemas sociais, financeiros, de relacionamentos familiares, entre tantos outros. Então ela vai mais além do que a clínica do sujeito proposta por Campos (2003).

Essa abordagem, partindo de uma clínica que privilegia o sujeito, permite uma visão integral do adoecimento - físico e mental, permite uma melhor compreensão do processo de adoecimento, uma identificação mais contextualizada da gênese do problema e uma aplicação de condutas mais resolutivas em relação ao sofrimento e, por conseguinte, promove um cuidado mais efetivo para as pessoas (FAVORETO, 2008).

Ferreira Neto (2008) faz uma crítica à clínica atual praticada nos serviços de saúde mental ao afirmar que os adjetivos que a qualificam como “clínica do social”, “clínica ampliada”, “clínica transdisciplinar”, não garantem necessariamente uma evolução sócio-política dessas práticas. Segundo o autor, a clínica ampliada é assim denominada por tentar uma articulação entre a prática clínica e a política através de uma mudança no seu objeto, objetivos e das ferramentas de trabalho.

Nossos resultados corroboram com a análise feita por Ferreira Neto (2008) da clínica clássica e a clínica psicossocial como diferentes dispositivos que se apresentam como conjuntos de componentes diferentes, com posições e funções diversas e respondendo, historicamente, a demandas e urgências também diferentes.

Percebemos, no contexto atual da cidade de Quixadá, uma demanda ocasionada por fatores sociais como violência, uso de drogas, etilismo, desemprego, que a clínica oficial não daria conta, pois como tratar um transtorno mental ocasionado por estes fatores sem os considerar? Para dar conta a esta demanda, a ampliação da clínica ao contexto social, familiar e ambiental do indivíduo se faz necessária.

Essas “novas” dimensões das práticas clínicas na saúde mental, que chamamos aqui de clínica psicossocial, está levando os profissionais, cada vez mais, a lidarem com o cruzamento entre clínica e política, menos como um atravessamento dificultador da clínica a ser evitado (como no modelo clássico) e mais como fator potencializador de um tratamento que pensa o paciente como sujeito e como cidadão (FERREIRA NETO, 2008).

No contexto da prática clínica no CAPS de Quixadá – CE, uma concepção de cuidar, associada à acessibilidade ao serviço de saúde mental, a humanização e o acolhimento, foi revelada a partir das respostas às questões levantadas aos trabalhadores do CAPS.

(Cuidar em saúde mental) vai desde a hora que entra no serviço, a questão da humanização, de ser bem atendido, de explicar a ele o que ele ta fazendo aqui, [...]. Acho que a partir do momento que

você entra no serviço, que é bem acolhido, que você sabe dar informação, programar as atividades adequadas pra aquele paciente, reinseri-lo na sociedade, dar a oportunidade dele participar dos programas, tentar ajudar, [...]. [...] ver as prioridades, respeitar, então cuidar é isso aí, até a questão da atenção de cada um nos consultórios, nas atividades de grupo, ta incluso. Cuidado é isso, no geral é desde a hora que ele entra até a hora em que ele diz você já ta apto a reinseri-lo na sociedade, mas nós estamos aqui pra lhe dar o suporte (Grupo de Trabalhadores).

Percebemos uma grande preocupação com a humanização da relação profissional-usuário através da orientação acerca do serviço. Faz parte do perfil do usuário do CAPS essa desinformação geral sobre o sistema de saúde. Normalmente são pessoas que não concluíram o ensino médio, vivem na zona rural, não têm informações sobre a rede que compõem o sistema de saúde do SUS. Chegaram ali encaminhados pelo médico do programa de saúde da família (PSF) ou por intermédio de algum vizinho freqüentador do CAPS, sem sequer saber o motivo de estarem ali.

A humanização do atendimento é realizada através do acolhimento, garantindo o acesso a todas as pessoas a partir de uma escuta qualificada do problema de saúde do usuário. Contudo o acolhimento não significa somente dar respostas, mas também, facilitar o acesso e a qualidade de serviço (MERHY, 1997).

Está muito presente nesta concepção de cuidar o fator do acolhimento e do acesso; a necessidade de acesso ao serviço é suprida pelo acolhimento dado ao usuário pela equipe. Mesmo o usuário que espera dois ou três meses por uma consulta psiquiátrica, e ainda espera três horas para ser atendido, está satisfeito pela recepção acolhedora do serviço e pela garantia de que vai ser ouvido.

Com relação ao acesso ao serviço, consideraremos os seguintes componentes: os ecológicos ou geográficos, que estão diretamente relacionados à localização das unidades de saúde na comunidade (distância e tempo de transporte); os financeiros, que se referem ao custo dos serviços de transporte utilizado para o deslocamento até o serviço de saúde pretendido; e os organizacionais, que se originam nos modos de organização dos recursos de atenção à saúde. Estes últimos ainda podem ser classificados em: (a) obstáculos organizativos da entrada, os quais dificultam o contato inicial com o sistema (como a demora para se obter uma ficha de atendimento) e obstáculos no interior de um estabelecimento de saúde (como o tempo de espera para ser atendido por um profissional de saúde) (FRENK, 1985; LOPES, VIEIRA-DA-SILVA e HARTZ, 2004).

O acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis. Seria, portanto, a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde. O acesso como a possibilidade da consecução do cuidado de acordo com as necessidades tem inter-

relação com a resolubilidade e extrapola a dimensão geográfica acima citada, abrangendo aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta de serviços (STARFIELD, 2004; SOUZA et al, 2008).

Dentre uma das concepções trazidas pelos trabalhadores de saúde mental acerca do cuidado na área, por exemplo, acesso ao serviço, e relacionando-a com os parâmetros acima estabelecidos, podemos partir para uma análise avaliativa do cuidado prestado por estes trabalhadores.

O acolhimento é um dos dispositivos disparadores de reflexões e mudanças a respeito da forma como se organizam os serviços de saúde, de como os saberes vêm sendo ou deixando de ser utilizados para a melhoria da qualidade das ações de saúde (CAMARGO Jr. et al., 2008).

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ético/estético/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação da escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços (BRASIL, 2006).

O acolhimento é percebido a partir de várias dimensões: como diretriz operacional (FRANCO, BUENO e MERHY, 1999; SOLLA, 2005, p.495); como arranjo tecnológico, cujo objetivo é escutar toda a clientela, resolver os problemas mais simples ou referenciá-los se necessário (CARVALHO e CAMPOS, 2000; SANTOS et al., 2007); como postura, como técnica e como princípio de reorientação de serviços (CAMARGO Jr. et al., 2008); e como ações comunicacionais (SANTOS et al., 2007). Apesar de diferentes dominações, vamos perceber que diferentes autores chamam por diferentes nomes o mesmo tipo de acolhimento praticado em um determinado serviço.

O acolhimento enquanto diretriz operacional propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo do princípio de atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal, reorganizando o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento (Franco, Bueno e Merhy, 1999; Solla, 2005, p.495).

Essa classificação corrobora o acolhimento enquanto organização de serviços, representando um projeto institucional que deve nortear todo o trabalho realizado pelo conjunto dos agentes e a política de gerenciamento dos trabalhadores e da equipe (CAMARGO Jr. et al, 2008).

Como postura, o acolhimento é entendido como uma atitude pessoal de cada profissional da equipe de saúde de receber, escutar e tratar humanizadamente os usuários e suas demandas. A partir de então é estabelecida uma relação de interesse mútuo, confiança e apoio

entre os profissionais e os usuários, favorecendo o diálogo e a escuta de suas demandas (CAMARGO Jr. et al., 2008). Carvalho e Campos (2000) vão mais além ao definir acolhimento como rearranjo tecnológico, pois além de escutar às demandas dos usuários, o profissional tem que dar uma resolubilidade ao problema.

O acolhimento como técnica instrumentaliza a geração de procedimentos e ações organizadas. Tais ações facilitam o atendimento na escuta, na análise, na discriminação do risco e na oferta acordada de soluções ou alternativas aos problemas demandados (CAMARGO Jr et al., 2008).

Dentre estas dimensões de acolhimento, percebemos um maior afinamento entre o discurso apresentado e o acolhimento como postura individual de cada trabalhador de saúde do CAPS de Quixadá, a partir da qual caracteriza um cuidar em saúde mental pautado numa prática horizontalizada de escuta, empatia, interesse mútuo e respeito ao próximo.

Santos et al. (2007) acrescenta que só existe acolhimento quando há diálogo, escuta e envolvimento com a queixa do outro na resolução dos problemas apresentados pelos usuários, sendo imperiosa a co-responsabilização e a procura pelo melhor cuidado.

É uma concepção que deixa claro o rompimento com as perspectivas do cuidado manicomial oriundo do modelo asilar. Ao romper totalmente com essa forma de cuidar, os profissionais conseguem avançar no sentido de cuidar dentro do modelo psicossocial.

Reconhecemos convergências com essa postura de acolhimento e humanização do cuidar a partir da ênfase na escuta como atividade primordial dentro do serviço. Se disponibilizar para ouvir o usuário que chega ao CAPS é uma das estratégias utilizados no serviço para permitir esse acolhimento, acolher aquela demanda e dar um seguimento, ou seja, disponibilizar todo o cardápio de serviços dos profissionais.

Mas dentro da saúde mental, uma das coisas mais importante é a escuta, minha primeira obrigação é sentar frente a frente com a pessoa, olhar no olho dela e dizer “eu sou todo ouvidos, você pode falar o que você ta sentindo”, pra gente tentar entender e traçar um caminho aqui dentro do serviço, saber pra onde você vai. Acho que esse é o primeiro passo, acolher mesmo e escutar. Tem que começar por aí, depois se resolve outras questões, pra quem vai, pra quantos vai, se vai pra um profissional ou se uma equipe inteira vai cuidar, mas assim, chegou com o problema a gente tem que escutar esse problema (Grupo de Trabalhadores) .

Evidenciamos, a partir de outra fala, a concepção de cuidar mais aproximada com o verdadeiro objeto da saúde mental que é atenção psicossocial, que ultrapassa a idéia de acesso, porém associada à qualidade de vida, pois se trata da integração com a comunidade e independência nas atividades sociais, como ir ao banco,

ao mercado, ao cinema, e assim ir quebrando o estigma, rasgando o rótulo e construindo novos paradigmas.

Eu acredito que uma das coisas mais positivas (do cuidar em saúde mental) é a questão mesmo da socialização e da integração mesmo, [...] se você não tiver com o usuário, se o usuário não tiver dentro da comunidade, no mercado, no banco, na praça, na feira, no cinema, se não tiver lá dentro transitando com as pessoas, não acaba essa coisa do estigma, essa coisa do rótulo. [...] Esse projeto da caravana na comunidade eu acho um dos mais importantes do mundo, por que a gente coloca o usuário da saúde mental dentro da comunidade se relacionando de igual pra igual, dando vez à voz deles [...](Grupo de Trabalhadores) .

No campo da saúde mental, assistimos a um apelo de participação da sociedade civil nas políticas públicas de saúde que assume a forma de convocação à responsabilidade dos atores sociais envolvidos no cuidado: profissionais, familiares, vizinhos e sociedade.

Definiremos aqui atenção psicossocial como uma atividade que conta com a contribuição de diferentes saberes e profissionais, como também do saber leigo (mas nem sempre laico) dos familiares e da comunidade. O principal objetivo dessa modalidade terapêutica é aumentar as possibilidades de existência do louco no tecido social, ao mesmo tempo em que procura minimizar o sofrimento psíquico. Para tanto, cuida-se do usuário, convocando à responsabilidade aqueles que o cercam, no sentido de que a dependência institucional diminua e os “laços sociais” aumentem (BATISTA e SILVA, 2004).

Nesse sentido, focalizam-se as redes de relações profissionais no CAPS, ou serviço equivalente, de caráter intra e interinstitucional, bem como as redes significativas do usuário, numa perspectiva de intervenção clínica. Essas redes são entendidas numa dinâmica de colaboração solidária entre profissionais, usuários e comunidade, no contexto de políticas públicas de não abandono ao usuário e de desconstrução do circuito hospitalocêntrico em saúde mental (VIEIRA FILHO e NÓBREGA, 2004).

Assistimos no CAPS de Quixadá-Ce, a um verdadeiro compromisso de cuidar do “doente mental” na comunidade através da construção de recursos terapêuticos independentes da medicação e da escuta, como o projeto Caravana na Comunidade, em que os usuários do CAPS são convidados a fazer um passeio pelos pontos turísticos da cidade, quando ocorre a verdadeira integração destes com a comunidade, também convidada a participar do encontro. Ainda existem outros

dispositivos “tais como visitas domiciliares, reuniões com a família, agenciamento de escola, trabalho, passeios...” (BATISTA E SILVA, 2004, p. 142).

Esse projeto “Caravana na Comunidade” proporciona aos usuários um cuidado a partir de sua reabilitação psicossocial, pois ajudam os portadores a sobrepular suas limitações e incapacidades e a promover o auto-cuidado, elevando-lhes a auto-estima, oportunizando-lhes a restituição da autonomia, identidade pessoal e social (JORGE, RANDEMARK, QUEIROZ et al, 2006).

Percebemos ainda a responsabilização como item diretamente associado ao conceito de cuidar. E ainda, não só a responsabilização pelo usuário e pela continuidade do seu tratamento, mas uma responsabilização a nível macropolítico, de construção do saber-fazer diário, respondendo às diversas demandas que chegam, no intuito de não reproduzir as práticas asilares as quais o CAPS veio substituir.

Cuidar é você assumir mesmo, assumir o seu trabalho, assumir o seu paciente, assumir a sua política, assumir a sua atitude, assumir, e se responsabilizar por isso, e construir isso todo dia, por que num ta feito não, não tem nada feito não (Grupo de Trabalhadores).

O Cuidar em saúde mental neste contexto, implica a construção de práticas diárias que invertam a lógica da prática de atendimento aprendida pela repetição freqüente das ações de saúde mental, automatizadas, em que não há necessidade de concentrar uma atenção especial para executá-las. Quando não se reinventa o cotidiano, essas ações automatizadas podem dar origem à monotonia, ao conservadorismo, à autonomização das condutas profissionais, que podem contribuir para a reprodução ideológica e acrítica das intervenções, características do modelo asilar.

Entretanto uma das dificuldades atuais é a presença, não rara, de núcleos institucionais que se configuram como reprodutores de intervenções de tendência organicista-reparatória. Ao invés de permitirem a emergência de espaços criativos de questionamento e reinvenção das práticas terapêuticas, apresentam efeito inverso (VIEIRA FILHO e NÓBREGA, 2004).

Um exemplo é o etiquetamento do diagnóstico psiquiátrico, visto que tende a produzir intervenções imobilizantes e a coisificação do sujeito que sofre. Esse etiquetamento implica uma leitura objetificante da problemática de saúde mental do

usuário, durante a rotina técnica psiquiátrica tradicional, que atribui à doença mental uma representação unidimensional organicista, dogmática e naturalizada. Os atendimentos psiquiátricos corridos, de cinco a dez minutos nos ambulatórios, as apressadas consultas hospitalares e nas emergências psiquiátricas tendem, muitas vezes, a reproduzir este etiquetamento, dificultando o processo de reforma no SUS (VIEIRA FILHO e NÓBREGA, 2004).

Reconhecemos uma concepção complementar à de responsabilização ao acrescentar o vínculo trabalhador-usuário à dimensão cuidadora do trabalho no CAPS. Ou seja, o cuidar em saúde mental é concebido a partir da continuidade do tratamento a partir do vínculo do usuário com o serviço e com o trabalhador.

A busca por uma responsabilização clínica e sanitária começa a partir de uma relação trabalhador-usuário acolhedora e formadora de vínculos, a partir da qual não há intervenção resolutiva nem produção dessa responsabilização. O acolhimento funciona como um dispositivo que interroga os processos intercessores responsáveis por estas relações (de vínculos) nas práticas de saúde (FRANCO et al., 1999).

Merhy (1994), ao se referir à noção de vínculo, nos leva a refletir sobre responsabilização e compromisso. Gomes e Pinheiro (2005) complementam que essas noções estão diretamente associadas a um dos sentidos da integralidade sistematizado por Mattos (2001): a integralidade como traço da boa medicina, a integralidade como modo de organizar as práticas e a integralidade como respostas governamentais a problemas específicos de saúde.

Assim podemos refletir que o vínculo, ao estar associado ao conceito de cuidar, reproduz uma prática horizontalizada, característica da prática de uma boa clínica, na qual profissional e usuários estão juntos em busca de resolubilidade, e que as relações de poderes existentes no espaço micropolítico institucional se desfazem, dando lugar à responsabilização e a um cuidado humanizado.

Examinar essas relações de poderes (ainda) existentes no espaço micropolítico dos trabalhadores de saúde mental é necessário para identificar práticas e concepções de cuidar comprometidos com o sujeito e com a atenção psicossocial. De acordo com Pinheiro (2001), esses espaços institucionais são locais de poderes, interesses e projetos de diferentes sujeitos onde nem sempre o usuário está no centro das ações e desses interesses.

Concordamos com Gomes e Pinheiro (2005) que, se os trabalhadores dos CAPS continuam reproduzindo o modelo ambulatorial apenas revestido pela atenção psicossocial, acreditando que atendendo demanda, fazendo visita domiciliar, prescrevendo psicotrópicos, fazendo ações de reinserção social, sem, no entanto, conhecer e respeitar o projeto de vida, os desejos do usuário e não colocá-los para discutir o seu projeto terapêutico, tais profissionais

estarão apenas mantendo as relações de poder dominante herdadas do modelo asilar, o qual estes serviços vieram substituir.

Assim, acolhimento e o vínculo são os antídotos utilizados para conter essas relações de poder que ainda se estabelecem nas instituições de saúde.

Criar vínculos significa manter relações tão próximas e tão claras a ponto de nos sensibilizarmos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e pela morte daquele indivíduo, possibilitando uma intervenção não burocrática nem impessoal (MERHY, 1994, p.138).

Para a construção de vínculos entre trabalhadores, usuários e serviços, Gomes e Pinheiro (2005) sugerem uma maior aproximação entre quem presta serviço e quem recebe, personalizando a relação que deve ser compromissada com a subjetividade do usuário através das transformações das práticas enfatizadas por Favoreto e Camargo (2002) – valorização de novos saberes, interdisciplinaridade, valorização do saber popular trazido pelo usuário e maior flexibilidade conceitual da biomedicina.

Teixeira (2003) vai mais além ao considerar a superação do monopólio do diagnóstico de necessidades uma integração de si à “voz do outro”. É uma ida além à construção do vínculo/responsabilização. É o estabelecimento de uma efetiva mudança na relação de poder técnico-usuário. Ou seja, uma verdadeira mudança de conduta e de valores e no modelo de atenção que cada trabalhador pratica, independente da política defendida pela instituição. Esse é o verdadeiro desafio dos trabalhadores de saúde mental na efetivação de um modelo de atenção ético, usuário-centrado compromissado com atenção psicossocial.

Aprofundando as concepções de cuidado trazidas pelos trabalhadores, percebemos uma concepção dialética do cuidar em saúde mental a partir da oposição entre duas linhas divergentes do cuidar expresso por um participante da pesquisa. Este revela, a partir de sua fala uma concepção de cuidar baseada em manter o equilíbrio químico do indivíduo a partir da terapia medicamentosa, prática do modelo asilar, porém associa a esse discurso o vínculo trabalhador-usuário, e a responsabilização pelo seguimento do tratamento, como requisitos necessários para o cuidar em saúde mental, ou seja, uma prática da clínica ampliada.

(Cuidar em saúde mental) Traduz... pelo equilíbrio químico que tu devolve a pessoa, ou psicoterápico; pelo vínculo que tu forma com a pessoa e da segurança “eu dou continuidade ao teu tratamento”. Dia tal você volta aqui, tem hospital, quer dizer, você vai em cima, você interfere na psicopatologia, você interfere na maneira de ver as coisas do paciente como se fosse um psicoterapeuta e você garante o retorno, olha eu to aqui, eu dou o telefone, você busca a rede de apoio, a questão da teia de apoio,

que é a teia de apoio, quem é o pastor, quem é o padre que pode atender esse suicídio (Grupo de Trabalhadores).

Percebemos nitidamente que esse agir objetivante da abordagem química, permeado por práticas subjetivantes como a formação do vínculo – tanto pessoal como institucional – interdisciplinaridade e construção de redes de apoio, reflete no cotidiano do serviço, a conjuntura paradigmática vivenciada macropoliticamente pela saúde mental, quando velhas práticas são suplementadas por novos saberes e práticas do modo psicossocial.

O modo psicossocial destaca várias dimensões que devem orientar as práticas do cuidado à saúde mental: a humanização, a integralidade, a equidade, a acessibilidade, o acolhimento, o vínculo, a aliança, a responsabilização, a inter-relação, a interação, a confiança, o afeto, a dignidade, a espiritualidade, a solidariedade, o acolhimento, a alteridade, o carinho, a confiança, o respeito e a dignidade (FERREIRA, COTTA, e OLIVEIRA, 2008).

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a elaboração deste estudo, permeando os momentos de definição e construção do objeto, dos pressupostos, dos objetivos e da escolha do método de análise, muitas foram as dúvidas e os questionamentos. As incertezas relacionadas à discussão do processo de trabalho e ao campo empírico desconhecido faziam um movimento de idas e vindas, sempre presente em todos os momentos, porém sempre vencidas no processo de busca no material teórico vasto sobre o assunto, sobre o qual nos debruçamos durante todo o percurso de construção dessa dissertação.

O contato com a coordenação do CAPS de Quixadá, o envolvimento com os trabalhadores, num primeiro momento através da supervisão de equipe e posteriormente com o processo de coleta de dados, permitiram descortinar esse universo amplo, subjetivo do cotidiano de um Centro de Atenção Psicossocial como: a micropolítica do processo de trabalho da equipe num cotidiano paradigmático; um olhar sobre oferta e demanda do serviço através dos saberes e das práticas da equipe multiprofissional, em especial do enfermeiro; a tecnologia que permeia o espaço inter-relacional de trabalhadores, usuário e familiares e as concepções de cuidar em saúde mental dos profissionais que orientam as práticas neste cotidiano.

No momento em que somos levadas a concluir temporariamente nossas análises e apresentar nossas considerações, enfatizamos que todo conhecimento produzido a partir de uma prática é provisório, visto que esse cotidiano é dinâmico e muda a cada dia; novos saberes são incorporados às práticas, modificando-as; as demandas são temporais – transtornos psicóticos são mais prevalentes em festas como carnavais e reveillon –; e as concepções mudam a partir da vivência cotidiana, a partir do contato diário com experiências diversas. Ressaltamos que os dados coletados estão disponíveis no Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Práticas de Saúde, Família e Enfermagem - GRUPSFE, para que se realizem novas análises, desde que respeitados os princípios da ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Na análise do processo de trabalho dos profissionais do CAPS, enfatizamos a realização do acolhimento pelos trabalhadores em que imprimem no cotidiano uma complementaridade ao trabalho de outros profissionais. A construção de fluxogramas permitiu evidenciar espaços vazios no cuidado ao usuário do serviço como longa espera na recepção e a comunicação estabelecida não proporcionam um acolhimento efetivo.

Os trabalhadores do CAPS têm efetuado esforços significativos no que diz respeito a desinstitucionalização, isto é, todo o processo de trabalho e os instrumentos disponíveis estão voltados para os usuários psicóticos, com risco de internação ou egressos de hospitais. No entanto, quando diz respeito às novas demandas, como os transtornos mentais leves e as neuroses, há um questionamento pela própria equipe do que é possível fazer, de como eles podem atuar junto a essa demanda.

O modelo de atenção impresso ainda é centrado no médico psiquiatra, com ações que priorizam o atendimento individual. Até em algumas formações grupais, há o predomínio da abordagem individual, como é o caso do grupo de receita. A falta de interesse da população por terapias alternativas, o difícil acesso para quem não mora na sede quixadaense e as características físicas e os costumes da cidade (altas temperaturas, ceia pós-prandial) dificultam os trabalhos grupais, principalmente os que são realizados no período vespertino.

Percebemos tensões na micropolítica dos processos de trabalho com relação a demanda que é direcionada em sua maioria para o médico-psiquiatra, superlotando a agenda deste, que o impede de realização de atividades que realmente sejam resolutiva e que os realize profissionalmente. Enquanto outros profissionais trabalham para organizar e abrandar essa demanda formada pela cultura da medicalização.

Para transformação dessa cultura de medicalização da dor e do sofrimento, a equipe tenta, através de atividades de educação em saúde na comunidade, uma conscientização da população, porém muito timidamente e sem adesão desta.

A equipe de saúde mental do CAPS de Quixadá é constituída por profissionais que se articulam para oferecer um cuidado integral ao usuário. Mesmo que este venha à procura de receita de medicamentos, aqueles procuram oferecer apoio social, psicológico, informativo e ocupacional através de visitas domiciliares, inserção nos grupos terapêuticos e atendimento individual. Os saberes das multidisciplinas são compartilhados através de interconsulta e na troca de informações entre esses saberes é dado maior ênfase ao saber da psicofarmacologia e da psicopatologia.

Há, presente no cotidiano, uma justaposição entre esses saberes, porém observamos momentos em que há articulação entre eles, principalmente no atendimento por mais de um profissional, em que percebemos uma prática interdisciplinar. Porém esse modo de agir não é a regra do serviço, não por falta de interesse dos profissionais, mas devido à grande demanda por consultas psiquiátricas que só permite que o profissional atenda sumariamente, reproduzindo o modelo biomédico.

Há uma predominância no uso das tecnologias leves, especialmente o acolhimento e o vínculo.

O acolhimento imprime no cotidiano dos trabalhadores um fazer em complementaridade entre si com o objetivo de uma atenção humanizada e integral. Humanizada quando o acolhimento está presente no momento relacional e integral quando visa a apreender os determinantes multidimensionais do processo saúde-doença mental através da escuta.

O acolhimento foi observado em todas as interfaces do atendimento ao usuário, desde sua entrada, na recepção, até sua saída. E esse acolhimento muitas vezes resulta em um deslocamento do eixo central de atendimento, que gira em torno do médico-psiquiatra, para a equipe multiprofissional.

No fluxograma da entrada do usuário ao serviço, apesar de existir um acolhimento nas relações profissional/usuário, refletidas no atendimento prioritário às crises, na escuta realizada pelo profissional da recepção e pela equipe de acolhimento, observamos espaços vazios quando o usuário vem encaminhado do PSF e não apresenta um transtorno mental grave.

Esses espaços vazios se dão por falta de capacidade técnica resolutiva dos profissionais não-médicos, resultando em um modelo de atenção médico hegemônico e medicalizador. Isso resulta em uma espera de dois ou três meses por uma consulta psiquiátrica. A equipe multiprofissional tem o seu fazer subordinado à terapia medicamentosa e ao projeto terapêutico.

Há um querer-fazer por parte dos trabalhadores do CAPS refletidos na boa vontade, disponibilidade para escuta, autoria de projetos de inserção social eficazes, porém são capturados pelo modelo médico-centrado, impresso pela própria cultura da população quixadaense, que vê no médico e na medicalização a resposta a toda a sua dor e sofrimento.

Com isso concluímos que o fazer dos trabalhadores do CAPS de Quixadá, apesar de terem evoluído para uma conformação interdisciplinar, de ajuda mútua, complementaridade e construção coletiva dos projetos terapêuticos, ainda estão atravessados pela abordagem da psiquiatria tradicional, na qual todas as ferramentas disponíveis estão voltadas ao atendimento das crises psicóticas, dos casos de depressão grave envolvendo riscos de suicídio e dos egressos de longos internamentos. E quando se deparam com os transtornos mentais leves, observamos a presença de vazios, nos quais falta acolhimento, e sobra espera.

A segunda categoria emergida dos discursos apreendidos se reveste de importância por nos permitir apreender a prática dos trabalhadores do CAPS de Quixadá e sua relação com a demanda do serviço e concluirmos acerca da integralidade do cuidado ofertado.

A primeira consideração que fazemos diz respeito à inversão na demanda atual do CAPS, que no contexto de sua inauguração era representada por egressos de hospitais psiquiátricos com seqüelas de longa institucionalização e atualmente são preponderantemente de ordem social: problemas relacionados a comportamentos, ao uso de drogas, ao desemprego, ao alcoolismo, a sexualidade, dentre outros.

Assim, o processo de trabalho organizado *a priori* para atender pacientes institucionalizados se vê diante de um grande desafio: dar conta de um enorme quantitativo de pessoas que buscam o serviço com queixas diversas consequência da “neurose urbana” causada pelo crescimento e desenvolvimento da cidade.

Como não há um planejamento para organização do processo de trabalho voltados a atender especificamente essa demanda, os trabalhadores se voltam cotidianamente ao atendimento da demanda espontânea. Agindo, por um lado, como bombeiros que tentam apagar um grande incêndio com pequenos baldes com água; por outro lado, agindo como potentes inseticidas numa colônia de formigas de uma pequena plantação de legumes.

Com relação ao trabalho do enfermeiro, este organiza o seu fazer para dar conta da demanda por benzodiazepínicos. O grupo terapêutico, que é considerado momento de escuta, fala, orientações e educação em saúde, perde a sua característica terapêutica ao ser capturado pela lógica “de ir ao CAPS buscar a minha receita”, ou seja, é capturado por inúmeras limitações impostas pelos usuários como acesso, falta de interesse a outra terapêutica que não seja a medicamentosa, a dependência química instalada. Por outro lado, essa limitação dos usuários interfere diretamente no interesse do trabalhador fazendo com que este sub-valorize a autonomia e a responsabilização daqueles.

A experiência do fazer do enfermeiro em outros serviços nos mostra a diversidade de modalidades terapêuticas em que este profissional está inserido e desenvolvendo nos CAPS como Ioga, musicoterapia, atividades físicas, porém há várias limitações desse profissional como a circunscrição do seu fazer ao projeto terapêutico medicamentoso e a predominância do paradigma organicista em suas ações reveladas por priorização das práticas de triagem e controle medicamentoso de pacientes em crise. Dessa forma, o enfermeiro se distancia das práticas de inserção psicossocial.

A iniciativa de outros trabalhadores, ao exercerem um cuidado usuário-centrado através das diversas terapias grupais oferecidas – auto-expressão, educação física, fisioterapia, Mexa-se e caravana na comunidade – cuja intencionalidade volta-se à saúde física, a atividades culturais como a música, a arte e cinema, além da independência nas

atividades de vida diária, funcionam como dispositivo de inserção social, exercício de cidadania e uma integração do sujeito ao seu habitat.

As concepções de Cuidar em Saúde Mental sinalizam ora para uma mudança no processo de trabalho a favor do modelo psicossocial ora para o momento paradigmático de convivência entre o velho modelo asilar e o psicossocial.

As concepções que mostram os processos de trabalho em consonância com o contexto paradigmático vivido nos serviços de saúde mental temos: concepções de cuidar a partir de uma perspectiva bio-patológica e de minimização do sofrimento do outro, que adquire a dimensão de cuidado como técnica.

Sinalizam para uma mudança no processo de trabalho a concepção de cuidado convergindo com a clínica ampliada em busca de oferecer uma melhor qualidade de vida à população; concepção de cuidar associada à acessibilidade ao serviço de saúde mental, a humanização e o acolhimento; concepção de cuidar mais aproximada com o verdadeiro objeto da saúde mental que é atenção psicossocial, que ultrapassa a idéia de acesso, porém associada à qualidade de vida, pois se trata da integração com a comunidade e independência nas atividades sociais, como ir ao banco, ao mercado, ao cinema, e assim ir quebrando o estigma, rasgando o rótulo e construindo novos paradigmas.

Nosso estudo traz à comunidade científica, aos gestores e principalmente à população em geral, as dificuldades e limitações vividas pelos trabalhadores de um centro de atenção psicossocial na assistência em saúde mental. Acreditamos que a partir desses resultados, mudanças na micro-gestão e no espaço micropolítico de cada trabalhador sejam operacionalizados. Inicialmente por vontade de mudanças individuais a partir de auto-reflexão do próprio processo de trabalho e os seus produtos e a médio prazo por planejamento das ações da equipe em que fortaleça o trabalho interdisciplinar.

Nosso estudo possui limitações quanto a generalizações dos resultados obtidos por se tratar do estudo de um serviço de saúde mental – o CAPS de Quixadá-Ce. São importantes, no entanto, para a realização de questionamentos e de ponto de partida para novas pesquisas.

Não foi objetivo nosso, esgotar as possibilidades de estudo da equipe de trabalhadores do CAPS de Quixadá-Ce, e sim mostrar a compreensão da realidade do processo de trabalho impresso no cotidiano desses trabalhadores a partir dos seus saberes e práticas.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. Os sentidos das práticas voltadas para a saúde e doença: maneiras de fazer de grupos da sociedade civil. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Abrasco; p. 157-66, 2001.
- ALTHOFF, C. R. Delineando uma abordagem teórica sobre o processo de conviver em família. In: Elsen, I.; Marcom, S. S.; Santos, M. R. (Org.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002.
- ALVES, D. S. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde** (Orgs.) Rio de Janeiro : UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.
- AMARANTE, P. **Loucos pela Vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2ª ed., 1998.
- _____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- ANDRADE, R. L. P.; PEDRÃO, L. J. Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica. **Rev Latino-am Enfermagem**. Setembro-outubro; v. 13, n. 5, p.737-42, 2005.
- ANDREOLI, S. B.; et all. Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p.836-844, mai-jun, 2004.
- ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a formação e a negação do trabalho**. Ed. Boitempo, São Paulo. 2000.
- ANTUNES, S.M.M.O; QUEIROZ, M. S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil : uma análise qualitativa. **Cad.Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(1);207-215, jan., 2007
- ARANHA E SILVA, A.L.; FONSECA, R.M.G. S. Processos de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 441-449, mai-jun, 2005.
- ASSIS, M. M. A. **As formas de produção dos serviços de saúde: o público e o privado**. **Ribeirão Preto**, 320 p. 1998. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v. 6, p. 117-119, fevereiro, 2000.

BARROS, M. E. B.; MORI, M. E. ; BASTOS, S. S. O desafio da Humanização dos processos de trabalho em saúde: o dispositivo “ Programa de formação em Saúde e Trabalho/PFST”. SANTOS-FILHO, B.B.; BARROS, M.E.B. (Org.). **Trabalhador da Saúde: Muito prazer!** Ijuí: Ed. Unijuí, 2007.

BONET, O. A Equipe de Saúde como um sistema Cibernético. In In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

BRAGA, V.A.B.; SILVA, G.B. O Ensino de Enfermagem Psiquiátrica no Ceará: A realidade que se esboça. **Rev. Latino-am. de Enfermagem**, v.8, nº1, Ribeirão Preto, Jan, 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (BR). **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília (DF): 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Indicadores de Gestão no trabalho em saúde: material de apoio para o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgeSUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O Centro de Atenção Psicossocial de Quixadá CAPS/Quixadá: Uma política cidadã de saúde mental**. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização(PNH). Versão 1.0 – 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção a Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. 2ª Edição. Brasília- DF. (Série B. Textos básicos em Saúde). ISBN: 85-3341268-1, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. ampl. – Brasília: 2004.

CAMARGO Jr, K R, et all. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S58-S68, 2008 S58.

CAMPOS, C. M. S.; SOARES, C. B. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p.621 - 628.

CAMPOS, Célia Maria Sivalli ; SOARES, Cássia Baldini. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. **Ciência e Saúde Coletiva**. 8(2): 621-628.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da Reforma, repensando a saúde**. São Paulo.Hucitec, 1992.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e Administração de Pessoal: Considerações sobre modos de Gerenciar o Trabalho em Equipes de Saúde. In MERHY, E. E.; ONOCKO, R.(Org.). **Agir em Saúde: Um desafio para o público**. 2 ed. São Paulo:HUCITEC, 2002.

CAMPOS, G. W. S . **Saúde Paidéia**. São Paulo: HUCITEC, 2ª ed., 2003.

CAMPOS, G. W. S . **Um método para análise e Co-gestão de coletivos**. São Paulo: HUCITEC, 2 ed., 2005.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, p. 1, p. 139-146, 2004.

CARVALHO, A. M. A. ; BASTOS, A. C. S. B.; RABINOVICH, E. P.; SAMPAIO, S. M. R. Vínculos e Redes Sociais em Contextos Familiares e Institucionais: Uma Reflexão Conceitual. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 589-598, set./dez. 2006.

CARVALHO, R. S., CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da secretária Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 2, p. 507-515, 2000.

CATENA, R. M.; GALERA, S. A. F. Doente Mental e Família: estes desconhecidos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.15, n. 1, p.53-58, jan/mar. 2002.

CECÍLIO, L.C.O. **As Necessidades de Saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo: Cortez, 1995.

COSBISIER, C. A Reforma Psiquiátrica: Avanços e Limites de uma experiência. . AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2000.

ELSEN, I. Cuidado Familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In Elsen, I.; Marcom, S. S.; Santos, M. R. (Org.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002.

FAVORETO, C A O. A prática clínica e o desenvolvimento do cuidado integral à saúde no contexto da atenção primária. **Rev. APS**, v. 11, n. 1, p. 100-108, jan./ mar. 2008.

FAVORETO, C A O. A Velha e Renovada Clínica Dirigida à Produção de um Cuidado Integral em Saúde. PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ, ABRASCO, 2006.

FAVORETO, C.A.O.; CAMARGO JR., K.R. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do programa de saúde da família como uma proposta transformadora do Modelo Assistencial. **Physis**, v.12, n.1, p.59-76, 2002.

FERREIRA, M. L.S. M.; COTTA, R. M. M.; OLIVEIRA, M. S. Reconstrução Teórica do Cuidado para as Práticas de Saúde: Um Olhar a Partir da Produção de Alunos de Curso de Especialização a Distância. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, p. 291–300, 2008.

FIGUEIREDO, V. V.; RODRIGUES, M. M. P. Atuação do Psicólogo no CAPS do Espírito Santo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 2, p. 173-181, maio-ago, 2004.

FONSECA, C. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. **Saúde e Sociedade**, v.14, n-2, p.50-55, mai-ago, 2005.

FORTES, S.; VILLANO, L. A. B.; LOPES, C. S. Perfil nosológico e prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes atendidos em unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) em Petrópolis, Rio de Janeiro. **Rev Bras Psiquiatria**, v. 30, n. 1, p. 32-7, 2008.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FRANCO, T. B. ; MERHY, E. E. A produção Imaginária da Demanda e o Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

FRANCO, T. B., BUENO, W. S., MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.15, n.2, p.345-353, 1999.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES Jr., H. M. Integralidade na Assistência à Saúde: A Organização das Linhas do Cuidado. In MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. et al (Orgs.) **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. Hucitec, São Paulo, 2003.

FRENK J. El concepto y la medición de accesibilidad. **Salud Publica Mex** 1985; 27: 438-53.

GARCIA, M.L.P.; JORGE, M.S.B. Vivência de trabalhadores de um centro de atenção psicossocial: um estudo à luz do pensamento de Martin Heidegger e Hans-Georg Gadamer. **Ciência e saúde coletiva**, 11 (3):765-774, 2006.

GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.17, p.287-301, mar/ago 2005.

GOMES, R. S; PINHEIRO, R; GUIZARDI, F. L. A Orquestração do Trabalho em Saúde: um Debate sobre a Fragmentação das Equipes. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e Organização das Práticas de Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

GULASSA, D. Vínculo e Confiança em Atendimento Psicoterapêutico Psicodramático Grupal com Presidiários. **Psicologia Ciência E Profissão**, v. 27, n.2, p. 332-341, 2007.

JORGE, M. S. B.; MONTEIRO, A.R. M. ;ROCHA, N. F. Desinstitucionalização: visão dos profissionais de saúde mental. **Rev Bras Enfermagem**, outubro/dezembro; 48(4):401-14, 1998.

JORGE, M. S. B.; RAMIREZ, A. R. A.; LOPES, C. H. A. F; QUEIROZ, M. V. O.; BASTOS, V. B. Representações Sociais das famílias e dos usuários sobre participação no tratamento de pessoas com transtornos mentais. **Rev. Esc Enferm USP**, 42 (1): 135-42, 2008.

JORGE, M. S. B.; RANDEMARK, N. F. R.; QUEIROZ, M. V. O.; RUIZ, E. M. Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de saúde mental. **Rev Bras Enferm**; nov-dez; v. 59, n. 6, p.734-739, 2006.

JORGE, M. S. B; GUIMARÃES, J. M. X.; NOGUEIRA, M. E. F.; MOREIRA, T. M. M; MORAIS, A. P. P. Gestão De Recursos Humanos Nos Centros de Atenção Psicossocial no Contexto da Política de Desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Jul-Set; v.16, n. 3, p. 417-425, 2007.

KODA, M.Y.; FERNANDES, M.I.A. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental : uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial . **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23/96/0:1455-1461,jun,2007.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: HUCITEC, 2006.

LOPES, C. H. A. F; JORGE, M. S. B.; Interacionismo Simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo na Enfermagem. **Rev Esc Enferm USP** , v. 39, n. 1, p.103-108, 2005.

LOPES, R M; VIEIRA-DA-SILVA, L M ; HARTZ, Z M A .Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S283-S297, 2004.

LOUGON, M. **Psiquiatria Institucional: do hospício à reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

MACHADO, A.L.; COVERO, L. A. Unidades de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral: Espaços de cuidados e a atuação da equipe de enfermagem. **Rev. Latino-am Enfermagem**, setembro-outubro; v.11, n. 5, p.672-677, 2003.

MARX, K. **O Capital**. 14 ed. São Paulo, Difel, v. 1., 1994.

MATTOS, R. A. Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de Saúde. In PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p.39-64.

MATTOS, Ruben Araújo(Org.).**Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cotidiano à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001, p.167-174.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.) **Inventando a mudança em saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994. p.116-60.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em Saúde:um desafio para o público.** São Paulo: HUCITEC, 2002.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo.** São Paulo: HUCITEC, 2002.

MINAYO MCS. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo (SP): Hucitec, 1999.

MOSTAZO, RR; KIRSCHBAUM, DIR. Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: Um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico. **Rev. latino-am Enfermagem**, 2003 novembro-dezembro;11(6):786-91.

NETO, J L F .Práticas Transversalizadas da Clínica em Saúde Mental. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 21, n. 1, p. 110-118.

OLIVEIRA, A. G. B; ALESSI, N. P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev Latino-am Enfermagem**, maio-junho; v. 11, n. 3, p. 333- 340, 2003.

OLIVEIRA, A.G.B. ALESSI, N. P. Cidadania: instrumentos e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n. 1, p. 191-203, 2005.

OLSCHOWSKY, A. DUARTE, M. L. C. D. Saberes os Enfermeiros em uma Unidade de Internação Psiquiátrica de um Hospital Universitário. **Rev. Latino-am de Enfermagem**, v.15, n. 4, jul-ago, 2007.

OSINAGA, V. L. M.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. R. F. Usuários de três serviços psiquiátricos: Perfil e Opinião. **Rev. Latino-am de Enfermagem**, v. 15, n. 1, jan-fev, 2007.

PASSADORI, R. **A arte da comunicação interpessoal.** Gestão Plus , IV(11): 22— 23, 1999.

PEDUZZI, M. Equipe Multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEGORARO, R. F.; GALDANA, R. H. L. Sobrecarga de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n-3, p. 569-577, set/out, 2006.

PELISOLI, C. L.; MOREIRA, Â. K. Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul** v.27 n.3 Porto Alegre set/dez.2005.

PINHEIRO, R. ; LUZ, M. T. Práticas Eficazes x Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade. In PINHEIRO, R. ; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p.65-112, 2001.

Queiroz VM & Salum MJL 1996. Reconstruindo a intervenção de enfermagem em saúde coletiva face à vigilância à saúde. **48o Congresso Brasileiro de Enfermagem**, São Paulo.

RIBEIRO, M. B. S.; OLIVEIRA, L. R. Terapia ocupacional e saúde mental: construindo lugares de inclusão social. **Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.17, p.425-31, mar/ago 2005.

RODRIGUES, A.A.A.O. **Construção de Sujeitos, Saberes e Práticas na Saúde Bucal de Alagoinhas – Bahia: o trabalho cotidiano no Programa de Saúde da Família como protagonismo de mudança**. Feira de Santana, Bahia, 2005. Dissertação de Mestrado.

ROLLO, A.A.É Possível Valorizar o Trabalho na Saúde num Mundo ‘Globalizado’? SANTOS-FILHO, B.B.; BARROS, M.E.B. (Org.). **Trabalhador da Saúde: Muito prazer!** Ijuí: Ed. Unijuí, 2007.

ROTELLI, F. Empresa Social: Construindo Sujeitos e Direitos. AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro;Editora Fiocruz, 2000.

SALES, F.D.A. JORGE, M.S.B. **Instrumentos Básicos do Cuidar em Saúde Mental: Uma Análise de Narrativas**. Universidade Estadual do Ceará. Monografia de Graduação.

SAMPAIO, J. J. C.; SANTOS, A. W. G. A experiência do Centro de Atenção Psicossocial e o Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica. In PITTA, A. (Org.) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A.; NASCIMENTO, M. A. A.; JORGE, M. S. B. Vínculo e Autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 3, p.464-470, 2008.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A.; RODRIGUES, A. A. A. O.; NASCIMENTO, M. A. A. ; JORGE, M. S. B. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, jan, 2007.

SANTOS, B. S. **A Gramática do Tempo: para uma nova cultura política**. São Paulo: Cortez, 2006.

SCHANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Rev. Esc Enferm USP**; v. 42, n. 1, p. 127-134, 2008.

SERAPIONE, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciência e Saúde coletiva**, v.10(sup), p.243-253, 2005.

SILVA Jr. , A. G.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o Ato de Cuidar da Saúde. In PINHEIRO, R. ; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

SILVA, N. E. K. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids. **Rev Saúde Pública**; v. 36, n. 4, p.108-116, 2002.

SILVEIRA, M. R.; ALVES, M. O enfermeiro na Equipe de Saúde Mental – o caso dos CERSAMS de Belo Horizonte. **Rev Latino-am Enfermagem**, setembro-outubro; v. 11, n. 5, p. 645-651, 2003.

SIMANKE, R. T. **Metapsicologia Lacaniana: os anos de formação**. 1ª ed. São Paulo: Discurso editorial, 2002.

SOLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v.5, n.4, p.493-503, 2005.

SOUZA, A R. **Centro de Atenção Psicossocial: perfil epidemiológico dos usuários**. Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2007.

SOUZA, E. C. F.; VILAR, R. L. A.; ROCHA, N. S. P. D.; UCHOA, A. C.; ROCHA, P. M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24 Sup, n. 1, p.100-110, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2004.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p.331-340, fev., 2007.

TEXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.) **A construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p.89-112.

TRAVERSO-YÉPEZ, M; MORAIS, N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 80-88, jan-fev, 2004.

TRIVINOS, A N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.

VASCONCELOS, E.M. Reinvenção da Cidadania, Empowerment no Campo da Saúde Mental e Estratégia Política no Movimento de Usuários. AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2000.

VENÂNCIO, A. T. A. Ciência Psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, 2003, vol. 10, n. 3, p. 883-990.

VIEIRA FILHO, N G; NÓBREGA, S M. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 2, p.373-379, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro da entrevista – Grupo de Trabalhadores

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM CUIDADOS CLÍNICOS EM SAÚDE – ÁREA DE
CONCENTRAÇÃO ENFERMAGEM

Pesquisadora: Fabergna Dianny de Almeida Sales

Orientadora: Maria Salete Bessa Jorge

Pesquisa: Micropolítica do Trabalho na Atenção em Saúde Mental : Tecnologias em Saúde, Saberes e Práticas na dimensão Clínica do Cuidar.

1. Identificação

ENTREVISTA Nº _____

CÓDIGO DO ENTREVISTADO _____

Sexo:

1. Feminino ()

2. Masculino ()

Idade: _____

Nível de escolaridade : _____

Função exercida no CAPS: _____

Tempo de Formação: _____

Qualificação: _____

Tempo de trabalho no CAPS: _____

Experiência profissional anterior: _____

2. Questões orientadoras

- Descreva as atividades desenvolvidas individualmente por você neste serviço.
- Descreva as atividades desenvolvidas em articulação com outros profissionais.
- Descreva as tecnologias/ferramentas utilizadas por você no atendimento ao usuário (individual ou em grupo).
- Quais os saberes e práticas utilizadas em suas atividades?
- Identifique a finalidade maior do seu trabalho aqui no CAPS?
- Qual o significado de processo de cuidar em saúde mental para você ?

3. Observação da comunicação não-verbal expressada pelo entrevistado:

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista – Grupo de Usuários e Familiares

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM CUIDADOS CLÍNICOS EM SAÚDE – ÁREA DE
CONCENTRAÇÃO ENFERMAGEM

Pesquisadora: Fabergna Dianny de Almeida Sales

Orientadora: Maria Salete Bessa Jorge

Pesquisa: Micropolítica do Trabalho na Atenção em Saúde Mental : Tecnologias em Saúde, Saberes e Práticas na dimensão Clínica do Cuidar.

1. Identificação

ENTREVISTA Nº _____

CÓDIGO DO ENTREVISTADO _____

Sexo:

1. Feminino ()

2. Masculino ()

Idade: _____

Nível de escolaridade : _____

Tempo de acompanhamento no CAPS: _____

Já fez tratamento em outro serviço? _____

2. Questões orientadoras

- Acesso ao serviço : Como chegou aqui? Como ficou sabendo do serviço?
- Acompanhamento terapêutico: Como é feito o acompanhamento da sua doença (ou do seu familiar) pelos profissionais dos CAPS? Como é o atendimento no momento da crise?
- Como é o seu relacionamento com a equipe de saúde? E com os outros profissionais – a recepcionista, o porteiro, o faxineiro...?
- Descreva o seu tratamento aqui no serviço desde a primeira vez em que foi atendido?
- Os seus problemas de saúde são resolvidos aqui? O que você acha que resolve esses problemas de saúde?
- Na sua opinião o que poderia mudar para melhorar o cuidado ao usuário deste serviço?
- Como é o relacionamento da equipe de saúde (enfermeiro, psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional) com sua família (ou com você)?

APÊNDICE C – Roteiro de Observação

1. Organização do atendimento :

- RECEPÇÃO AO USUÁRIO
- TEMPO DE ESPERA
- CONDIÇÕES FÍSICAS DA ÁREA DE ESPERA
- RELAÇÃO ESTABELECIDADA ENTRE TRABALHADOR E USUÁRIO
- ACOLHIMENTO RECEPÇÃO
- DEMANDA APRESENTADA
- PRINCIPAIS QUEIXAS
- SATISFAÇÃO NA SAÍDA
- MARCAÇÃO DE CONSULTAS E RETORNOS
- CRITÉRIOS DE MARCAÇÃO DE CONSULTA
- ORGANIZAÇÃO NA CHAMADA PARA CONSULTA

2. Processo de Trabalho desenvolvido pelos trabalhadores do CAPS;

- ATIVIDADES DESENVOLVIDAS
- INSTRUMENTOS DE TRABALHO
- ARTICULAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS
- RELAÇÕES ENTRE TRABALHADORES E USUÁRIOS

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos
Trabalhadores de Nível Superior



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Saúde,

PESQUISA: Micropolítica do Trabalho na Atenção em Saúde Mental: Tecnologias em
Saberes e Práticas na dimensão Clínica do Cuidar.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TRABALHADORES DE NÍVEL
SUPERIOR**

Este trabalho chamado “Micropolítica do Trabalho na Atenção em Saúde Mental: Tecnologias em Saúde, Saberes e Práticas na dimensão Clínica do Cuidar” é parte de um projeto multicêntrico intitulado “Organização das Práticas de Saúde Mental do Ceará”. Tem como pesquisadora responsável a Prof^a. Dr^a. Maria Salete Bessa Jorge e como pesquisadora colaboradora a aluna de mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde-área de concentração Enfermagem Fabergna Dianny de Almeida Sales.

Com esse estudo os pesquisadores pretendem contribuir para a discussão sobre o processo de trabalho e o cuidado em saúde mental realizado no CAPS de Quixadá – Ceará. Estudar as práticas clínicas que são desenvolvidas pelos trabalhadores no serviço de saúde mental e discutir o significado do processo de cuidar para os trabalhadores do serviço. Ele está sendo realizado porque ainda não foi feito antes e por ser de grande importância para a melhoria dos serviços de saúde mental do Ceará.

A pesquisa utilizará os seguintes métodos: entrevista semi-estruturada e observação sistemática das práticas, que serão realizadas pela pesquisadora colaboradora.

Garante-se que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes, salientando que as informações serão sigilosas e que não haverá divulgação personalizada. Os participantes da pesquisa terão respeitadas a sua integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, sendo reparado em qualquer prejuízo provocado pela pesquisa, na hora ou depois da entrevista/observação.

Os dados e as informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação, as quais serão publicados em periódicos e apresentados em eventos científicos, além de proporcionar benefícios para ampliar a visão dos gestores de saúde, a fim de criar políticas públicas que melhorem a qualidade dos serviços.

Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimentos a qualquer dúvida acerca da pesquisa; a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa. Assim, após ter sido informado sobre a pesquisa, caso consinta em participar, você assinará duas cópias deste termo que também será assinado pelos pesquisadores, ficando uma cópia com você.

Fortaleza,CE, ___/___/___.

Assinatura do(a) Participante

Pesquisadora - Mestrado/C. Clínicos em Saúde/UECE

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Trabalhadores de Nível Médio



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

PESQUISA: Micropolítica do Trabalho na Atenção em Saúde Mental: Tecnologias em Saúde, Saberes e Práticas na dimensão Clínica do Cuidar.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TRABALHADORES DE NÍVEL MÉDIO

Este trabalho chamado “Micropolítica do Trabalho na Atenção em Saúde Mental: Tecnologias em Saúde, Saberes e Práticas na dimensão Clínica do Cuidar” é parte de um projeto multicêntrico intitulado “Organização das Práticas de Saúde Mental do Ceará”. Tem como pesquisadora responsável a Prof^a. Dr^a. Maria Saete Bessa Jorge e como pesquisadora colaboradora a aluna de mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde-área de concentração Enfermagem Fabergna Dianny de Almeida Sales.

Com esse estudo os pesquisadores pretendem contribuir para a discussão sobre o processo de trabalho e o cuidado em saúde mental realizado no CAPS de Quixadá – Ceará. Estudar as práticas clínicas que são desenvolvidas pelos trabalhadores no serviço de saúde mental e discutir o significado do processo de cuidar para os trabalhadores do serviço. Ele está sendo realizado porque ainda não foi feito antes e por ser de grande importância para a melhoria dos serviços de saúde mental do Ceará.

A pesquisa utilizará os seguintes métodos: entrevista semi-estruturada e observação sistemática das práticas, que serão realizadas pela pesquisadora colaboradora. Garante-se que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes, salientando que as informações serão sigilosas e que não haverá divulgação personalizada. Os participantes da pesquisa terão respeitadas a sua integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, sendo reparado em qualquer prejuízo provocado pela pesquisa, na hora ou depois da entrevista/observação.

Os dados e as informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação, as quais serão publicados em periódicos e apresentados em eventos científicos, além de proporcionar benefícios para ampliar a visão dos gestores de saúde, a fim de criar políticas públicas que melhorem a qualidade dos serviços.

Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimentos a qualquer dúvida acerca da pesquisa; a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa. Assim, após ter sido informado sobre a pesquisa, caso consinta em participar, você assinará duas cópias deste termo que também será assinado pelos pesquisadores, ficando uma cópia com você.

Fortaleza,CE, ___/___/___.

Assinatura do(a) Participante

Pesquisadora - Mestrado/C. Clínicos em Saúde/UECE



APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Usuários

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

PESQUISA: Micropolítica do Trabalho na Atenção em Saúde Mental: Tecnologias em Saúde, Saberes e Práticas na dimensão Clínica do Cuidar.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - USUÁRIOS

Este trabalho chamado “Micropolítica do Trabalho na Atenção em Saúde Mental: Tecnologias em Saúde, Saberes e Práticas na dimensão Clínica do Cuidar” é parte de um projeto multicêntrico intitulado “Organização das Práticas de Saúde Mental do Ceará”. Tem como pesquisadora responsável a Prof^a. Dr^a. Maria Salete Bessa Jorge e como pesquisadora colaboradora a aluna de mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde-área de concentração Enfermagem Fabergna Dianny de Almeida Sales.

Com esse estudo os pesquisadores pretendem contribuir para a discussão sobre o processo de trabalho desenvolvido no CAPS de Quixadá – Ceará. Estudar as práticas clínicas que são oferecidas aos usuários do serviço de saúde mental. Ele está sendo realizado porque ainda não foi feito antes e por ser de grande importância para a melhoria dos serviços oferecidos pelos Centros de Atenção Psicossocial do Ceará.

A pesquisa utilizará os seguintes métodos: entrevista semi-estruturada e observação sistemática das práticas, que serão realizadas pela pesquisadora colaboradora.

Garante-se que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes, salientando que as informações serão sigilosas e que não haverá divulgação personalizada. Os participantes da pesquisa terão respeitadas a sua integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, sendo reparado em qualquer prejuízo provocado pela pesquisa, na hora ou depois da entrevista/observação.

Os dados e as informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação, as quais serão publicados em periódicos e apresentados em eventos científicos, além de proporcionar benefícios para ampliar a visão dos gestores de saúde, a fim de criar políticas públicas que melhorem a qualidade dos serviços.

Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimentos a qualquer dúvida acerca da pesquisa; a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa.

Assim, após ter sido informado sobre a pesquisa, caso consinta em participar, você assinará duas cópias deste termo que também será assinado pelos pesquisadores, ficando uma cópia com você.

Fortaleza,CE, ___/___/___.

Assinatura do(a) Participante

Pesquisadora - Mestrado/C. Clínicos em Saúde/UECE

APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Familiares



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

PESQUISA: Micropolítica do Trabalho na Atenção em Saúde Mental: Tecnologias em Saúde, Saberes e Práticas na dimensão Clínica do Cuidar.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - FAMILIARES

Este trabalho chamado “Micropolítica do Trabalho na Atenção em Saúde Mental: Tecnologias em Saúde, Saberes e Práticas na dimensão Clínica do Cuidar” é parte de um projeto multicêntrico intitulado “Organização das Práticas de Saúde Mental do Ceará”. Tem como pesquisadora responsável a Prof^a. Dr^a. Maria Salete Bessa Jorge e como pesquisadora colaboradora a aluna de mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde-área de concentração Enfermagem Fabergna Dianny de Almeida Sales.

Com esse estudo os pesquisadores pretendem contribuir para a discussão sobre o processo de trabalho desenvolvido no CAPS de Quixadá – Ceará. Estudar as práticas clínicas que são oferecidas aos usuários do serviço de saúde mental. Ele está sendo realizado porque ainda não foi feito antes e por ser de grande importância para a melhoria dos serviços oferecidos pelos Centros de Atenção Psicossocial do Ceará.

A pesquisa utilizará os seguintes métodos: entrevista semi-estruturada e observação sistemática das práticas, que serão realizadas pela pesquisadora colaboradora.

Garante-se que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes, salientando que as informações serão sigilosas e que não haverá divulgação personalizada. Os participantes da pesquisa terão respeitadas a sua integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, sendo reparado em qualquer prejuízo provocado pela pesquisa, na hora ou depois da entrevista/observação.

Os dados e as informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação, as quais serão publicados em periódicos e apresentados em eventos científicos, além de proporcionar benefícios para ampliar a visão dos gestores de saúde, a fim de criar políticas públicas que melhorem a qualidade dos serviços.

Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimentos a qualquer dúvida acerca da pesquisa; a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa.

Assim, após ter sido informado sobre a pesquisa, caso consinta em participar, você assinará duas cópias deste termo que também será assinado pelos pesquisadores, ficando uma cópia com você.

Fortaleza,CE, ___/___/___.

Assinatura do(a) Participante

Pesquisadora - Mestrado/C. Clínicos em Saúde/UECE

