

MARIA APARECIDA DA SILVA

**O TRABALHO NO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL E SUAS RELAÇÕES COM O
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**CUIABÁ - MT
2008**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

MARIA APARECIDA DA SILVA

**O TRABALHO NO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL E SUAS RELAÇÕES COM O
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**CUIABÁ - MT
2008**

MARIA APARECIDA DA SILVA

**O TRABALHO NO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL E SUAS RELAÇÕES COM O
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem da UFMT como requisito para obtenção do título de mestre em Enfermagem - **Área de concentração:** Processo e práticas em saúde e enfermagem.

Orientador: Dr. Marcos Antonio Moura Vieira

Cuiabá – MT
2008

FICHA CATALOGRÁFICA

- S586t Silva, Maria Aparecida da Silva
O trabalho no Centro de Atenção Psicossocial e suas relações com o Programa de Saúde da Família / Maria Aparecida da Silva. – 2008.
xvi, 128p. : il. ; color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem, Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Processo e Práticas em Saúde e Enfermagem, 2008.
“Orientação: Prof. Dr. Marcos Antonio Moura Vieira”.

CDU – 614:616.89

Índice para Catálogo Sistemático

1. Saúde mental – Saúde Pública
2. Saúde mental – Atenção Básica
3. Enfermagem – Saúde mental
4. Programa de Saúde da Família
5. Centro de Atenção Psicossocial
6. Saúde pública – Mato Grosso
7. Saúde mental e família

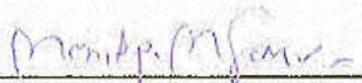
MARIA APARECIDA DA SILVA

**O TRABALHO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SUAS
RELAÇÕES COM O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

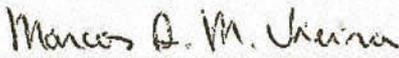
Mestre em Enfermagem

E aprovada na sua versão final em 15 de 02, atendendo às normas da legislação vigente da UFMT, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de concentração Processo e práticas em saúde e Enfermagem.

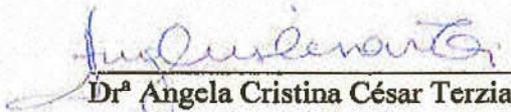


Prof.^a Dr.^a Maria Aparecida Munhoz Gaiva
Coordenadora do Programa

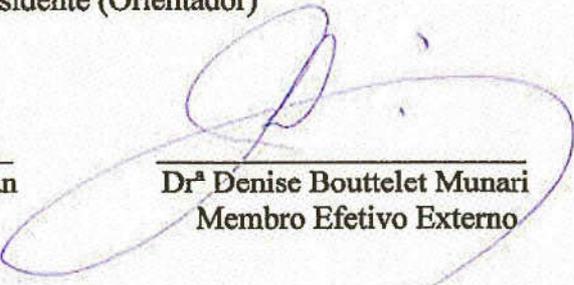
BANCA EXAMINADORA:



Dr. Marcos Antonio Moura Vieira
Presidente (Orientador)



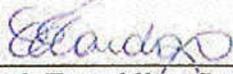
Dr.^a Angela Cristina César Terzian
Membro Efetivo Interno



Dr.^a Denise Bouttelet Munari
Membro Efetivo Externo



Dr.^a Maria Anunciação Silva
Membro Suplente interno



Dr.^a Elizabeth Esperidião Cardozo
Membro Suplente Externo

Cuiabá
2008

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, razão da minha existência, e a toda minha família. Em especial ao meu pai, José Cosme da Silva, (in memoriam), pelo afeto e demonstração de confiança que me passou nos meus primeiros anos de vida e início da minha adolescência, fato que me tornou capaz de enfrentar todas as dificuldades da vida sempre acreditando que posso superá-las.

A G R A D E C I M E N T O S

Em especial ao meu orientador Professor Dr. Marcos Antonio Moura Vieira pela demonstração de confiança depositada no meu trabalho e pela forma sempre cuidadosa e inteligente como conduziu a orientação.

À Professora Dr^a. Alice Guimarães B. Oliveira por ter-me incentivado a concorrer a uma vaga na primeira turma do curso de Mestrado de Enfermagem da UFMT, dando-me, com isso, a oportunidade de aprendizado acadêmico e produção científica.

À Professora Dr^a. Maria Aparecida Munhoz Gaíva, coordenadora, pelo seu interesse na evolução do nosso trabalho de mestrado.

A todos os professores do mestrado pelo aprendizado que me proporcionaram.

Às colegas de Mestrado, em especial Auxiliadora, Claudia e Izabella companheiras em todas as horas, pelo muito que me ensinaram.

Ao Núcleo de Saúde Mental pelas reuniões e discussões.

Ao CNPq pelo apoio financeiro ao PRATICAPS a cujo projeto nossa pesquisa está vinculada.

À Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso e Municipal de Saúde de Cuiabá, pela minha liberação nos dois anos do Mestrado.

Às colegas de trabalho da coordenação de Saúde Mental do município de Cuiabá. Em especial Tânia Amorim, Adriana Rao, Marisa Marcelo, Luzia Brenzan, e mais recentemente, Alessandra Serapião, por compartilharem comigo o mesmo ideal de trabalhar a saúde mental em rede de forma integrada nos níveis de atenção (Básica, Secundária e Terciária) do SUS.

A todos os profissionais da saúde com quem já trabalhei durante minha trajetória, em especial nos Centros de Saúde Bela Vista, Quilombo e CPA IV; na Policlínica do Planalto; no PSF do Jardim Vitória; CAPS CPA IV e no CIAPS Adauto Botelho. Todos eles contribuíram na construção deste projeto.

A todas as famílias de pessoas que sofrem com algum problema mental e que tive a oportunidade de ouvir, por me trazerem inspiração para trabalhar o tema da relação entre Família e Loucura.

Ao Josias, meu companheiro, pela força e apoio durante a realização deste trabalho.

A Norma Melhorança, Izabel Taurines, Karen Castanho e Lydia Bocayuva, profissionais da saúde que me ajudaram nesta caminhada com seus conhecimentos, carinho e atenção com a minha saúde física e mental.

EPÍGRAFE

“A vida de todos os dias é apaixonante e quanto mais ela for cotidiana mais ela é apaixonante... O fundamental é (...) o desejo de encontrar um mistério central, mas nunca estamos diante do mistério central, estamos no meio da rua”.

Philippe Ariès

Trecho de uma entrevista concedida ao *Nouvel Observateur*, publicada no Brasil em *Ensaio de Opinião n.º 2*.

SILVA, M. A. O TRABALHO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SUAS RELAÇÕES COM O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 2008.
Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, UFMT, Cuiabá.....128 p.
Orientador: Dr. Marcos Antonio Moura Vieira

RESUMO

A inclusão da atenção em saúde mental no SUS, em Cuiabá, é um processo complexo e recente. Nesta pesquisa estudamos as relações de trabalho do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com o Programa de Saúde da Família (PSF), no que se refere à articulação da assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Nosso interesse em compreender e fortalecer as relações entre os serviços de saúde mental e a organização da assistência na atenção básica, advém de reflexões sobre essa complexa relação vivenciada em nossa prática cotidiana na enfermagem do SUS. Nosso objetivo geral foi compreender como o trabalho de saúde mental do CAPS, nos marcos da reforma psiquiátrica e do SUS, se correlaciona com o PSF. Os específicos foram: 1. Descrever o funcionamento do CAPS; 2. Identificar como os profissionais do CAPS se articulam na prática da assistência à saúde mental com as equipes de PSF de origem de cada usuário. 3. Identificar como os familiares participam da assistência à saúde mental prestada pelo CAPS e como percebem sua articulação com o PSF do seu bairro; 4. Analisar em que medida o trabalho planejado oficial e formalmente (trabalho idealizado e esperado) se efetiva na prática cotidiana (trabalho real) atendendo ou não aos prescritos institucionais. Realizamos uma pesquisa de natureza qualitativa, guiada pelos princípios que norteiam os estudos de *Análise Pluridisciplinar das Situações de Trabalho* (APST) e da *Clínica da Atividade* (entre eles a dialética e o dialogismo). Nosso cenário foi a Região Norte de Cuiabá, tendo como foco o trabalho do CAPS. Realizamos observações da unidade e de atividades dos profissionais (oficinas, visitas domiciliares, reunião de família); aplicação de questionário à gerente e aos profissionais; entrevistas com profissionais, usuários e familiares e coletas de dados quantitativos (prontuários); informações de livros de reuniões de equipe e de familiares dos usuários; visitas às unidades de PSF da região Norte. Nossas análises mostraram que a formação discursiva biomédica e psicossocial se opõem na situação de trabalho, sendo a ideologia biomédica ainda hegemônica. O processo de trabalho apresenta antagonismos entre objetivos e finalidades que se inscrevem no campo psicossocial e instrumentos e produto final que se afirmam no campo biomédico. O resultado no trabalho real é que o CAPS se encontra em um processo de enfrentamento de impasses entre modelos antagônicos e tende, embora alguns avanços, a manter uma distância entre a sua equipe e as dos PSFs. A relação entre o CAPS e o PSF ainda é frágil, mas se encontra em um momento de construção.

Palavras Chave: Saúde Mental. Saúde da Família. Reforma dos Serviços de Saúde. Serviços de Saúde Mental.

SILVA, M. A. THE WORK IN THE PSYCHOSOCIAL ATTENTION CENTER AND ITS RELATIONS WITH THE FAMILY HEALTH PROGRAM, 2008. Dissertation (master's degree in Nursing) - Post-Graduate Course in Nursing, UFMT, Cuiabá.....128p.

Advisor: Dr. Marcos Antonio Moura Vieira

ABSTRACT

The inclusion of attention in mental health in the SUS, in Cuiaba, is a complex and recent process. We studied the work relationships of the Psychosocial Care Center (CAPS) with the Family Health Program (PSF), referring to the articulation of the assistance to the users of the Health Unified System (SUS). Our interest in understanding and strengthen the relationships between mental health services and the organization of the assistance in the basic care arose from reflections about the complex relationship experienced in our daily practice of nursing in the SUS. Our general objective was Understanding how the work on mental health of the CAPS, on the marks of psychiatric reform and of the SUS, correlates with the PSF. And the specifics objectives were: 1. Describe the operation of the CAPS 2. Identify how the professionals of the CAPS are articulated in the practice of the mental health care with the teams of PSF of origin of each user, 3. Identifying how the family participate of the mental health assistance provided by CAPS and how they realize their articulation with the PSF of their neighborhood; 4. Analyzing in what extent the official planned work and formally (work idealized and expected) are effective in daily practice (work real) considering or not the institutional prescribed. We conducted a search of qualitative nature, guided by the principles that guide the study of Multidisciplinary Analysis of the Working Situations (APST) and of the Clinical of Activity (including dialectic and dialogism). Our scenario was the north region of Cuiabá, with the focus on the work of the CAPS. We did observations of the unit and the professional activities (workshops, home visits, meeting the family); application of questionnaires to the manager and to the professionals; interviews with professionals, users and relatives and collections of quantitative data (records), information from books of meetings of team and family of users, visits to units of PSF in the north region. Our analysis showed that the biomedical and psychosocial discursive formations opposed to in the situation of working, being the biomedical ideology still hegemonic. The process of working presents conflicts between objectives and purposes that enroll in the psychosocial area and instruments and final product which affirm in the biomedical area. The result in real work is that CAPS is in a process of facing of impasses between antagonistic models and tends, although some advances, to keep a distance between its team and those of PSFs. The relationship between CAPS and the PSF is still fragile but it is in a construction moment.

Keywords: Mental Health. Family Health. Reform of Health Services. Mental Health Services.

SILVA, M. A. EL TRABAJO EN LO CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SUS RELACIONES CON EL PROGRAMA DE SALUD DE LA FAMILIA. 2008. Disertación. (Máster en la Enfermería) – Curso de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Mato Grosso, Cuiabá.....128p.
Orientador: Dr. Marcos Antonio Moura Vieira

RESUMEN

La inclusión de la atención en salud mental en el SUS, en Cuiabá, es un proceso complejo y reciente. Estudiamos las relaciones de trabajo del Centro de Atención Psicosocial (CAPS) con el Programa de Salud de la Familia (PSF), en lo que se refiere a la articulación de la asistencia a los usuarios del Sistema Único de Salud (SUS). Nuestro interés en comprender y fortalecer las relaciones entre los servicios de salud mental y la organización de la asistencia en la atención básica viene de reflexiones sobre nuestra práctica de enfermería nel SUS. Nuestro objetivo general fue comprender cómo el trabajo de salud mental del CAPS, en los marcos de la reforma psiquiátrica y del SUS, se correlaciona con el PSF y los específicos fueron: 1. Describir el funcionamiento del CAPS; 2. Identificar cómo los profesionales del CAPS articulanse en la práctica de la asistencia con las equipos de PSF de origen del usuario. 3. Identificar cómo los familiares participan de la asistencia prestada por el CAPS y cómo perciben su articulación con el PSF de su barrio; 4. Analizar en qué medida el trabajo planeado oficial y formalmente (trabajo idealizado y esperado) se efectiva en la práctica cotidiana (trabajo real) atendendo o no a los prescritos institucionales. Realizamos una investigación de naturaleza cualitativa, guiada por los principios que norteán los estudios de *Análisis Pluridisciplinar de las Situaciones de Trabajo* (APST) y de la Clínica de la Actividad (entre ellos y la dialéctica y el dialogismo). Nuestro escenario fue la Región Norte de Cuiabá, teniendo como foco el trabajo del CAPS. Realizamos observaciones de la unidad y de actividades de los profesionales (talleres, visitas domiciliarias, reuniones de familia); aplicación de cuestionarios; entrevistas con los profesionales, usuarios y familiares y colecta de datos cuantitativos; informaciones de libros de reuniones de equipo y de familiares de los usuarios; visitas a las unidades de PSF de la región Norte. Nuestras análisis muestran que las informaciones discursivas biomédicas y psicosocial oponense en la situación de trabajo, siendo la ideología biomédica aún hegemónica. El proceso de trabajo presenta antagonismos entre objetivos y finalidades que inscrevense en el campo biomédico. El resultado en el trabajo final es que el CAPS se encuentra en un proceso de enfretamiento de impases entre modelos antagónicos y tiende, aunque algunos progresos, a mantener una distancia entre su equipo y las de los PSFs. La relación entre el CAPS y el PSF aún es frágil pero se encuentra en un momento de construcción.

Palabras Claves: Salud Mental. Salud de la Familia. Reforma de los servicios de Salud. Servicios de Salud Mental.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Rede de Atenção à Saúde mental..... | 70 |
|--|----|

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 - Primeiros estabelecimentos ditos exclusivos para alienados nas províncias, criados durante o segundo reinado..... | 51 |
| Quadro 2 - Equipes mínimas de profissionais exigidas pelo M S, de acordo com cada tipo de CAPS..... | 68 |
| Quadro 3 - Número de usuários atendidos no CAPS estudado, por modalidade de tratamento, no mês de outubro de 2006..... | 91 |
| Quadro 4 - Número de pacientes referenciados ao CAPS estudado, por serviço de referência, no mês de outubro de 2006..... | 92 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABEn - Associação Brasileira de Enfermagem
- ACS – Agente Comunitário de Saúde
- ADD - Análise Dialógica do Discurso
- AIS – Ações Integradas de Saúde
- APAC - Assistência em Procedimentos de Alta Complexidade
- APST - Análise Pluridisciplinar das Situações de Trabalho
- ATELIER - Grupo de Pesquisa Linguagem e Trabalho PUC-SP
- ARGOS - Grupo de Pesquisa da Faculdade de Enfermagem - UFMT
- CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
- CERMAC - Centro Estadual de Referência em Alta Complexidade
- CIAPS Adauto Botelho - Centro Integrado de Atenção Psicossocial Adauto Botelho
- CID - Classificação Internacional de Doenças
- CLIAD - Clínica da Atividade & Discurso (Grupo de estudos)
- DNSP - Departamento Nacional de Saúde Pública
- DECIT/CT - Divisão de Educação Ciência e Tecnologia
- HAB – Hospital Adauto Botelho
- MS - Ministério da Saúde
- MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
- NESM - Núcleo de estudos em Saúde Mental
- OPAS/OMS – Organização Pan-americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde
- PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde
- PSF - Programa de Saúde da Família
- PNASH - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
- SES – Secretaria Estadual de Saúde
- SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
- SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SRT - Serviço Residencial Terapêutico

SUS - Sistema Único de Saúde

UPHG - Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

| | |
|--|----|
| O DIA-A-DIA DO TRABALHO NO SUS COMO UM SUSCITADOR DE REFLEXÕES..... | 16 |
| Objetivos..... | 25 |

CAPÍTULO 1

| | |
|---|----|
| LOUCURA: COMO AS FAMÍLIAS, A SOCIEDADE E OS SERVIÇOS DE SAÚDE LIDAM COM ELA..... | 28 |
| 1.1 Revisão teórico-histórica: breve história da relação da família com a loucura..... | 28 |
| 1.1.1 Um pouco da história da relação da família com a loucura no Brasil..... | 37 |
| 1.2 Uma revisão teórica dos modelos de estrutura familiar e dos modos de atenção em Saúde Mental..... | 44 |
| 1.3. Breve histórico do sistema de saúde brasileiro antes do SUS e em Mato Grosso..... | 49 |
| 1.4.Os sistemas de organização em cuidados em Saúde Mental..... | 53 |
| 1.4.1 Diretrizes da OMS, OPAS e Declaração de Caracas..... | 53 |
| 1.4.2 Diretrizes do sistema de saúde brasileiro..... | 55 |
| 1.4.3 O SUS, a família e as novas organizações\ sistemas de cuidados em Saúde Mental..... | 56 |

CAPÍTULO 2

| | |
|--|----|
| DESCREVENDO O PROCESSO DE PESQUISA NO CAPS E TECENDO CORRELAÇÕES COM O PSF..... | 61 |
| 2.1 Perspectiva teórica..... | 61 |

| | |
|--|----|
| 2.2 Organização e Desenvolvimento da Pesquisa de Campo..... | 67 |
| 2.2.1 Fases da Pesquisa de Campo..... | 67 |
| 2.2.2 Protagonistas da pesquisa: os profissionais e usuários dos CAPS..... | 67 |
| 2.2.3 Cenários: os CAPS e os PSF's..... | 68 |
| 2.3 A Pesquisa de campo..... | 70 |
| 2.3.1 Preparação para a pesquisa de campo..... | 71 |
| 2.3.2 O processo de preparação para a pesquisa de campo propriamente dita..... | 72 |
| 2.3.3. A entrada em campo..... | 73 |
| 2.3.4 Observação participante e coleta de materiais..... | 73 |
| 2.3.4.1 Coleta de dados prescritos escritos: Fonte de dados documentais..... | 74 |
| 2.3.4.2 Coleta de dados da oralidade: Fontes de dados orais..... | 75 |
| 2.3.5. O trabalho de campo propriamente dito..... | 75 |
| 2.3.5.1 Técnicas e instrumentos de coleta dos dados..... | 76 |
| 2.3.5.1.1 Quanto aos dados prescritos..... | 76 |
| 2.3.5.1.2 Dispositivos de coletas de dados da oralidade: entrevista individual e em grupos gravadas em áudio..... | 76 |

CAPÍTULO 3

| | |
|--|-----------|
| UMA ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE TRABALHO ENTRE O CAPS E O PSF..... | 79 |
| 3.1 O processo dialético do trabalho..... | 80 |
| 3.2 O processo dialógico do trabalho..... | 82 |
| 3.2.1 Palavras e expressões indicadoras de posição ideológica..... | 84 |
| 3.3 Uma análise da situação de trabalho entre o CAPS e o PSF | 85 |
| 3.3.1 Contextualização do CAPS no tempo e espaço..... | 86 |
| 3.3.2. Analisando o processo de coleta dos dados escritos..... | 90 |
| 3.3.3. Confrontando os ditos em entrevistas..... | 93 |

| | |
|---|------------|
| 3.3.4. Considerações sobre o processo de trabalho entre o CAPS e o PSF..... | 97 |
| CONCLUSÃO..... | 105 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 112 |
| ANEXOS..... | 121 |
| Anexo 1 - Termo de consentimento livre esclarecido (profissionais do CAPS)..... | 122 |
| Anexo 2 - Termo de consentimento livre esclarecido (usuários e familiares)..... | 123 |
| Anexo 3 - Roteiro para observação no CAPS..... | 124 |
| Anexo 4 - Ficha de levantamento censitário CAPS..... | 125 |
| Anexo 5 - Roteiro para entrevista gravada com profissionais dos CAPS..... | 126 |
| Anexo 6 - Roteiro para entrevista gravada com usuário e familiares do CAPS..... | 127 |
| Anexo 7 – Termo de aprovação ética do projeto de pesquisa..... | 128 |

INTRODUÇÃO

O DIA-A-DIA DO TRABALHO NO SUS COMO UM SUSCITADOR DE REFLEXÕES

Apresentamos nesta dissertação a pesquisa intitulada: **O trabalho no Centro de Atenção Psicossocial e suas relações com o Programa de Saúde da Família**. O estudo foi desenvolvido no Programa de pós-graduação da Faculdade de Enfermagem, Mestrado em Enfermagem, área de concentração Processos e Práticas em Saúde e Enfermagem.

Estudamos as relações de trabalho do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com o Programa de Saúde da Família (PSF), no que se refere à articulação da assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) do estado brasileiro. Pesquisamos, mais especificamente, o trabalho desenvolvido entre a equipe do CAPS localizado em um grande bairro da cidade de Cuiabá e doze equipes do PSF da sua Região de cobertura.

A pesquisa que desenvolvemos está inserida no quadro de estudos associados ao projeto Análise da Efetividade das Práticas Terapêuticas dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS de Mato Grosso (PRATICAPS)¹, aprovado em 2005 e financiado pelo CNPq, com recursos do fundo setorial da saúde, tendo como instituição executora a Universidade Federal de Mato Grosso (OLIVEIRA, MOURA-VIEIRA, TERZIAN & MARCON, 2005).

Nesse sentido, o nosso trabalho de pesquisa vincula-se também, via os projetos de pesquisa do orientador, aos grupos de pesquisas certificados no

¹ Edital MCT-CNPq / MS-SCTIE-DECIT / CT-Saúde 07/2005

CNPq: ARGOS² (na linha de pesquisa trabalho, cuidados e subjetividades em saúde e enfermagem) e ATELIER³ Linguagem e Trabalho (na Linha de Pesquisa Estudos das práticas de linguagem em situação de trabalho stricto-sensu); bem como ao grupo de estudos CLIAD⁴ – Clínica da Atividade e discurso, que estuda os discursos da educação e da saúde, mais especificamente da saúde mental.

Nosso interesse em compreender e fortalecer as relações entre os serviços de saúde mental e a organização da assistência na atenção básica, se materializa nesse nosso estudo, pelo assunto: a correlação do CAPS com o PSF. Tal foco de preocupação ilumina claramente os limites que elegemos como o nosso objeto de pesquisa nesta dissertação. Entretanto, as reflexões sobre as complexas relações entre o SUS e a saúde mental, possibilitadas pela prática cotidiana da enfermagem no SUS, já eram objeto de nossas preocupações desde a década de 80. Passaremos agora a retomar um pouco dessa trajetória ao tempo em que refletiremos e justificaremos a pertinência e atualidade deste tema para os estudos de saúde em geral e, em especial, para a saúde mental na Enfermagem.

² Grupo de Pesquisa coordenado pelas Prof^{as}. dr^{as}. Aurea Corrêa e Maria Aparecida Gaiva Munhoz com sede na UFMT. Os trabalhos do Grupo consolidam linhas de pesquisa importantes para a construção *strictu sensu* em enfermagem na UFMT, para a qualificação do ensino de graduação e pós-graduação, além de subsidiar a melhoria da qualidade da atenção à saúde no Estado de Mato Grosso.

³ Grupo de pesquisa coordenado pela Profa. Dra. Cecília Souza-e-Silva, com sede na PUCSP.

⁴ *A Clínica da Atividade & Discurso: linguagem e pensamento* - é um grupo de estudos bakhtinianos & vygotskianos que se propõe a realizar pesquisas - refletir, correlacionar e operacionalizar as teorias da filosofia da linguagem desenvolvidas pelo Círculo bakhtiniano e as teorias da psicologia do desenvolvimento na vertente vygotskiana, na perspectiva da Linguística Aplicada às Situações de Trabalho. Adota como objeto de pesquisa, mais especificamente, as atividades de Ensino e de Saúde Mental, abordadas na perspectiva teórica-prática da Análise Dialógica do Discurso (ADD) em associação com a Análise Pluridisciplinar das Situações de Trabalho (APST - Departamento de Ergologia/Aix-en-Provence) e com a Clínica da Atividade (Laboratório de Psicologia do Trabalho e da Ação – CNAM/Paris). Desenvolve e consolida uma abordagem autoconfrontativa enunciativo-discursiva dos “Gêneros de Atividade Humana”, em especial de atividades ligadas à área da saúde mental. O grupo está ativo desde 2004 e atualmente integra como parte das atividades de pesquisa do Prof. Dr. Marcos A. Moura Vieira, o Projeto ARGOS, coordenado por Áurea Corrêa, com sede na UFMT. Mantém interlocução com aos grupos certificados “Atelier - linguagem e trabalho” e “Linguagem, Identidade e Memória”, com sede na PUCSP, coordenados respectivamente por Cecília Souza-e-Silva e Beth Brait e APST (Analyse Pluridisciplinaire des Situations de Travail) e ERGAPE (Ergonomie de l’Activité des Professionnels de l’Éducation), especialmente com Yves Schwartz e Daniel Faïta, da IUFM de Marseille/Aix-en-Provence.

Na década de 80, os serviços de Saúde Pública do Município de Cuiabá eram compostos por Centros de Saúde, Postos de Saúde e Pronto Socorro Municipal, aos quais, a partir de 1986 se acrescenta também as Policlínicas. Nesta época, o sistema de organização dos serviços de saúde ainda não estava municipalizado. Disso decorria que o município de Cuiabá e o Estado de Mato Grosso mantinham os seus Centros e Postos de Saúde na região metropolitana da capital. Neste período havia um programa de Atenção ao Adulto que incluía a saúde mental e ofertava consultas especializadas de Psiquiatria no Centro de Saúde Regional hoje Centro Estadual de Referência em Alta Complexidade – CERMAC. O Hospital Adauto Botelho internava e oferecia consultas de psiquiatria e neurologia apenas para os internos (CUIABÁ, 1988).

Em 1986, o plano do então secretário municipal de saúde era descentralizar a assistência à saúde, então voltada para serviços hospitalares, o que começou com a criação de três Policlínicas localizadas em bairros populares e em diferentes regiões da cidade (Leste; Oeste e Sul) (CUIABÁ, 1988).

A operacionalização da organização e do financiamento do sistema público de saúde foi tentada via as Ações Integradas de Saúde (AIS) e posteriormente via o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). E assim, durante as últimas décadas do século XX, foi se construindo o SUS em Cuiabá. O SUS é o sistema público de assistência à saúde no Brasil, que se caracteriza pela descentralização da assistência, pelo atendimento integral e pela participação da comunidade (Art. 198 da Constituição, 1988).

Embora se possa dizer que as policlínicas ofereciam alguma atenção à saúde mental, por exemplo, pelo atendimento de psicólogo, de assistente social ou ainda pelo eventual atendimento clínico na área de psiquiatria; tal prática psicológica ou clínico-psiquiátrica não se configurava como um programa de assistência à saúde mental. O atendimento às pessoas com problemas mentais à época era praticamente hospitalar. Até 1990, era uma ação exclusiva da Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso por meio do Hospital Adauto Botelho - HAB (OLIVEIRA, SILVA & MARCON, 2000, p. 43). A partir de

1990, com o processo de municipalização da assistência à saúde na Capital, a Secretaria Municipal de Saúde convencionou leitos de uma instituição privada, o Instituto de Neuropsiquiatria de Cuiabá – INC, para internações psiquiátricas. O INC acabava internando grande parte da demanda estadual. (MOURA - VIEIRA & COELHO, 1995).

A partir da reabertura do HAB (fechado para reforma no período de 1990 a 1993), este hospital implanta o Hospital Dia e o Ambulatório e passa a ofertar atendimento ambulatorial, atendendo praticamente à totalidade da demanda de casos da área de saúde mental do município de Cuiabá e do Estado de Mato Grosso, bem como dos estados vizinhos. Existia também um Ambulatório de Psiquiatria da Universidade Federal de Mato Grosso⁵ implantado no início dos anos noventa no Centro de Saúde Escola do Bairro Grande Terceiro e que ao final daquela década, passou a funcionar no Hospital Universitário, mas, atualmente, encontra-se desativado. Até 2004, o INC contou também com um serviço de ambulatório de psiquiatria, mas de natureza privada.

O município de Cuiabá implantou em 01 de junho de 1998 as quatro primeiras unidades de PSF. Em 2000 ampliou a rede implantando mais onze unidades. O PSF é uma estratégia de reorganização da atenção básica no SUS que se caracteriza por prestar assistência aos problemas de saúde sob uma perspectiva territorial, tendo as famílias como o núcleo a ser atendido integralmente por uma equipe pluridisciplinar.

Em agosto de 2002, foi criado sob gestão municipal o primeiro CAPS para atendimento a pessoas com sofrimento psíquico severo. O CAPS é um serviço de saúde mental aberto e comunitário do SUS, que foi proposto como recurso substitutivo ao sistema de atenção centrado no Hospital Psiquiátrico.

Desde então, o discurso da assistência à saúde mental passou a circular de forma oficial entre os profissionais da rede de serviços do SUS. Percebíamos, naquela época, a dificuldade em estabelecer diálogo entre os profissionais que

⁵ Implantado pelo Prof. Marcos Moura Vieira via a área de psiquiatria do Departamento de Clínica Médica da FCM e voltado para o ensino da Psiquiatria e da Saúde Mental aos alunos do curso de Medicina.

atuavam, tanto no CAPS como no PSF. Na correlação CAPS x PSF observávamos desconhecimento das equipes do PSF sobre o que era o CAPS, quem poderia ser encaminhado, como funcionava, quem eram os profissionais que atendiam. O CAPS por sua vez também não se articulava com as equipes de PSF dos bairros de moradia de cada usuário.

No PSF as equipes iniciavam seus trabalhos recebendo um curso Introdutório de capacitação dos profissionais para exercerem suas funções dentro da nova filosofia que consistia em cuidar da saúde integral de todos os moradores de uma área delimitada. Ao tempo em que recebiam a capacitação teórica começava o reconhecimento da área de abrangência pela qual cada equipe ficaria responsável. Era feito, primeiramente, um mapeamento e cadastramento das famílias. Os enfermeiros eram responsáveis pela capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde. Foi uma experiência muito produtiva, pois enquanto se aprendia a teoria se exercitava a aplicação prática dos novos conhecimentos.

Em 2002, passados dois anos da ampliação do PSF em Cuiabá, cada unidade já conhecia um pouco a realidade da maioria das famílias e muitos problemas relacionados com a saúde mental eram resolvidos pelas equipes. Ainda que os profissionais dissessem não estar suficientemente preparados para atender às pessoas em sofrimento psíquico, alguns problemas de menor complexidade eram resolvidos. Já nos casos de alta complexidade, por exemplo, quando em crise psíquica com comportamento agressivo, a atenção extrapolava os recursos do PSF. Em geral, nesses casos, era solicitada a ambulância ou ajuda da polícia e a pessoa em crise era encaminhada para a internação psiquiátrica. Às vezes era preciso um profissional ficar “trancado” junto com a pessoa em crise enquanto se esperava o transporte para levá-la ao CIAPS Adauto Botelho.

De 2003 a 2004, a coordenação municipal de saúde mental intensificou a discussão da problemática da Saúde Mental no município e passou a integrar a Coordenação Nacional de Saúde Mental, coordenou o fechamento do Instituto de Neuropsiquiatria (hospital psiquiátrico privado conveniado), supervisionou a criação de dez residências terapêuticas, um CAPSad para atendimento a

adolescentes com problemas de uso abusivo de álcool e/ou outras drogas e, com a assessoria do Núcleo de Estudos em Saúde Mental da UFMT – NESM, promoveu a realização de uma capacitação para o PSF da região Norte, cuja área do município tinha maior cobertura do programa de Saúde da Família (SCHARADER & SILVA, 2005).

Esta breve caracterização do SUS, do CAPS e do PSF⁶ ajudará na compreensão das novas correlações que a organização da rede de atenção em saúde coloca para a prática do trabalho assistencial. Tomando-as como pressuposto para a realização das atividades de atenção em saúde mental nos últimos anos, passamos a abordar questões que consideramos importantes para situar o nosso interesse na correlação CAPS e PSF como o nosso objeto de pesquisa e justificar a pertinência do nosso estudo.

A reforma psiquiátrica, importante movimento social que teve início na Europa, principalmente com a experiência iniciada em 1961, em Gorizia e posteriormente em Trieste, na Itália, foi segundo Amarante (2005) um ator estratégico na luta pelo fim da instituição psiquiátrica como lugar de violência e exclusão social. No Brasil, surge em fins da década de 1970 a partir da conjuntura da redemocratização. Observamos que, enquanto em todo o mundo se caminhava para a desospitalização e o próprio Brasil adotava o discurso da Reforma Psiquiátrica no qual o Ministério da Saúde incentivava e instituía através de legislação específica, a progressiva diminuição dos leitos hospitalares com implantação de dispositivos de assistência comunitária, em Cuiabá predominava a centralização do atendimento àquele que padecia de sofrimento psíquico nos limites do hospital psiquiátrico. Tal sistema de atenção se configurava a partir de uma estrutura hospitalar de internação chamada Centro Integrado de Atenção Psicossocial Adauto Botelho – CIAPS Adauto Botelho, que funcionava, na prática, como uma estrutura de atendimento que oferecia, ao

⁶ Progressivamente caracterizaremos o SUS, o CAPS e o PSF com maiores detalhes e teremos maiores considerações sobre suas correlações.

mesmo tempo, a porta de entrada para a internação, o atendimento de emergência, a internação psiquiátrica e o atendimento ambulatorial.

Diante dessa situação, nos perguntávamos como o CAPS e o PSF se posicionavam, na prática do SUS, em relação à complexidade dos níveis de atenção primária X secundária, uma vez que a nossa vivência prática como enfermeira em atenção básica nos levava a uma observação preliminar que sugeria uma superposição desses dois níveis. Nesse sentido, e diante da situação específica que vivenciamos no CAPS e no PSF, nos parecia pertinente estudar a referência e contra referência articulada pelos profissionais e vivenciada pelas pessoas com sofrimento psíquico residentes em uma região de Cuiabá. Nos primeiros meses do mestrado começamos a consolidar a idéia de que, ao fazer este estudo, teríamos acesso a este processo de trabalho em Saúde Mental e poderíamos descrever analisar e refletir sobre ele.

Nesse sentido, passamos a destacar três preocupações que consideramos importantes para: a. precisar o nosso interesse neste objeto de pesquisa; b. justificar a pertinência do nosso estudo e c. ajudar, a posteriori, por um lado, a delimitar os assuntos e temáticas que deverão compor as questões norteadoras e, por outro, a apontar os objetivos da nossa pesquisa.

A nossa primeira preocupação era entender por que o município de Cuiabá não adotava as diretrizes da política nacional de Reforma psiquiátrica e do SUS. Essa preocupação era decorrente da seguinte reflexão: se a política nacional de saúde no Brasil tem como um dos princípios básicos a assistência integral à saúde de forma descentralizada em níveis crescentes de complexidade (atenção básica, secundária e terciária), a atenção à saúde mental deve ser ofertada em todos os níveis. Para tanto o MS vinha trabalhando na elaboração e implantação de propostas que viabilizassem o cumprimento deste princípio. Em Cuiabá, de acordo com o Manual do SUDS 88, não havia oferta de serviços destinados aos portadores de transtornos mentais em todas as regiões (CUIABÁ, 1988).

Mesmo que atualmente o sistema esteja sendo constituído conforme as diretrizes do SUS, a aprovação de uma política de saúde mental, segundo Oliveira, Silva & Marcon (2000), chegou tardiamente. Nesse processo, mesmo sendo aprovadas as propostas de implantação pelas primeiras Conferências Municipais de Saúde de Cuiabá, só em 1995 o município implantou o seu primeiro ambulatório de saúde mental. Esse ambulatório foi o único até 1999 quando, por iniciativa da Gerente do Centro de Saúde do Bairro Bela Vista, a Saúde Mental passou a fazer parte da assistência prestada nesta unidade. Este Centro de Saúde passou a oferecer, primeiramente um trabalho informal (voluntário) de uma psicóloga com alunos de um curso por ela ministrado sem ligação com a universidade que, logo depois, foi reforçado com um trabalho de extensão da Faculdade de Enfermagem da UFMT. Neste projeto de extensão o Centro de Saúde servia de campo de estágio e no período (1999 a 2000) chegou a ter uma psicóloga da própria secretaria municipal lotada na unidade. Também se conseguiu a contratação de um psiquiatra para a policlínica da região, que servia de referência para todo o Distrito⁷. Assinalamos também que os profissionais do C.S. foram capacitados para acompanhar as pessoas do bairro que tinham passado por internação psiquiátrica.

A nossa segunda preocupação era compreender por que o modelo assistencial no município de Cuiabá persistia sendo o clínico centrado no modelo médico, em detrimento da progressão do modelo biopsicossocial. Tal preocupação partia da constatação de que o primeiro CAPS municipal de Cuiabá começou a funcionar em 2002 e desde então, mesmo com o aumento do número de CAPS, o município teve dificuldades em fazê-los se integrar à rede SUS sob a perspectiva do modelo biopsicossocial. Percebíamos, a partir da nossa experiência, que o trabalho dos profissionais dos CAPS não se articulava com o trabalho dos profissionais das outras unidades. Exemplo disso era o fato de se prestar assistência à saúde mental desvinculada da assistência da unidade de

⁷ Os Distritos Sanitários foram criados através do Decreto municipal nº. 1945 de 30/09/1988, cujas disposições “Define a organização básica a nível Distrital dos serviços de Assistência à Saúde, e cria Distritos Sanitários”.

origem (PSF) do usuário. Mesmo nas visitas domiciliares, o profissional do CAPS não procurava ajuda dos profissionais da unidade de saúde de origem sequer para localizar o endereço. Quando a pessoa precisava de outro atendimento era o próprio CAPS que a encaminhava, mas a unidade básica não era informada. Em contrapartida, aconteciam também casos de pessoas serem internadas e receberem alta sem o CAPS ser notificado.

Nossa terceira preocupação dizia respeito ao grau de conhecimento dos profissionais da rede do SUS quanto aos princípios do movimento da luta antimanicomial e quanto aos princípios da reforma psiquiátrica que na nossa percepção eram ainda muito iniciais. Enfim, essa preocupação quanto aos possíveis problemas que se colocam para serem respondidos pelo nosso estudo, se aplica a refletir sobre o papel do profissional da saúde mental, focalizando mais diretamente aqueles que trabalham no PSF e no CAPS.

Como resultado de todas essas considerações e tendo em mente que a consolidação do SUS como um sistema único, com cobertura universal, assistência integral e oferta de atenção à saúde de forma descentralizada e regionalizada, pressupõe que todos os cidadãos terão direitos a ações que lhes possibilitem ter saúde em qualquer lugar onde vivam, pensamos que a questão da saúde mental e da saúde da família não pode ser estudada dissociada das correlações complexas que se estabelecem no sistema. Portanto, a rede de cuidados em saúde mental deve estar contida na rede do SUS. Nesse sentido, o objeto deste estudo é a articulação do trabalho do CAPS nas suas relações com as equipes do PSF, visando identificar e descrever as atividades de trabalho de articulação da assistência aos usuários com problemas mentais, analisar se são articuladas e se seguem os princípios do SUS.

Uma vez apresentadas as preocupações, que justificam nossos interesses neste estudo e entendendo que as reflexões acima nos ajudam a sistematizar: a) a formulação das nossas questões de pesquisa e b) a construção e delimitação de objetivos, passamos a apresentá-las abaixo.

As questões norteadoras foram formuladas conforme segue: 1. Como se encontra o processo de aplicação das diretrizes da política nacional de saúde mental nos limites do CAPS com o PSF em Cuiabá? 2. De que forma os profissionais do CAPS prestam assistência de saúde mental aos usuários, família e comunidade da sua região? 3. Como os profissionais incorporam os princípios da reforma psiquiátrica?

Nosso estudo desenvolve-se direcionado por estas questões de pesquisa que foram formuladas a partir de um diálogo da nossa experiência prática no SUS e na Saúde Mental, na militância no movimento da luta antimanicomial, a exemplo do Fórum Permanente de Saúde Mental de Mato Grosso⁸ e leituras técnicas e teóricas que desenvolvemos no curso de mestrado.

Objetivos

Nossos objetivos de estudo são apresentados como um geral e quatro específicos, buscando contemplar, de algum modo, as nossas questões norteadoras, para as quais articularemos possibilidades de respostas no decorrer da pesquisa.

O objetivo geral é compreender como o trabalho da equipe de saúde mental do CAPS, nos marcos da reforma psiquiátrica e do SUS, se correlaciona com o PSF.

Quanto aos objetivos específicos, são eles:

1. Descrever o funcionamento do CAPS;

⁸ O Fórum Permanente de Saúde Mental de Mato Grosso é um espaço aberto onde se discutem questões relacionadas com a Saúde Mental, avaliam-se problemas e pensa-se em ações. Foi criado em 20 de maio de 2005 em um evento da luta antimanicomial, patrocinado pelo NESM e com a participação de mais de cem pessoas (profissionais, trabalhadores, estudantes e usuários de Saúde Mental). A partir de então o Fórum vem funcionando regularmente com reuniões mensais.

2. Identificar como os profissionais do CAPS estudado se articulam, na prática da assistência à saúde mental, com as equipes de PSF de origem de cada usuário.

3. Identificar como os familiares participam da assistência à saúde mental prestada pelo CAPS estudado e como percebem sua articulação com o PSF do seu bairro;

4. Analisar em que medida o trabalho planejado oficial e formalmente (trabalho idealizado e/ou esperado) se efetiva na prática cotidiana (trabalho real) atendendo ou não aos prescritos institucionais.

Para a apresentação do nosso estudo, ou seja, da pesquisa propriamente dita e dos resultados alcançados organizamos a Dissertação, conforme segue:

Na Introdução, apresentamos o contexto institucional no qual desenvolvemos o nosso estudo, as preocupações que justificam a delimitação do nosso objeto de pesquisa, bem como as questões norteadoras que determinam os objetivos gerais e específicos.

O Capítulo 1 se constitui em nosso capítulo teórico, no qual buscamos por meio de conceitos de Saúde Mental, baseados em autores tanto da literatura nacional como internacional (FOUCAULT, 2005), (FREIRE COSTA, 1889); (MOURA - VIEIRA, 2004a); (RESENDE, 1997), (OLIVEIRA, MOURA-VIEIRA e ANDRADE, 2006), (AMARANTE, 1995), fundamentar a importância da assistência em saúde mental de forma descentralizada, com uma articulação para além da rede de serviços, ou seja, buscando uma integração de base comunitária com ações biopsicossociais. Faremos, então, uma revisão histórica que articula a história da loucura com a história da família do *louco* e com os sistemas estatais de cuidados a esse indivíduo. Traçaremos também um

perfil da atenção em saúde mental proposto por organismos internacionais (OPAS/OMS) e no sistema brasileiro de organização da saúde (SUS).

No Capítulo 2, destinado à caracterização e descrição da Pesquisa de Campo, fundamentamos a opção por realizar uma pesquisa de natureza qualitativa, guiada pelos princípios que norteiam os estudos de Análise Pluridisciplinar das Situações de Trabalho (APST) e da Clínica da Atividade, entre eles a dialética e o dialogismo. Delimitamos a escolha do objeto e do desenho da pesquisa de campo e descrevemos a coleta de dados. Procedemos também a uma introdução de conceitos e noções básicas de análise do discurso, importantes para a leitura analítica dos materiais da pesquisa.

O Capítulo 3 é destinado às análises. Nele fazemos a descrição da nossa pesquisa de campo, ao tempo em que tecemos comentários sobre as situações de trabalho e articulamos reflexões da análise propriamente dita.

Na Conclusão, apresentamos uma reflexão sobre os resultados da pesquisa, comentamos sobre dificuldades e limites e tecemos algumas considerações sobre seus possíveis desdobramentos.

CAPÍTULO 1

LOUCURA: COMO AS FAMÍLIAS, A SOCIEDADE E OS SERVIÇOS DE SAÚDE LIDAM COM ELA

Apresentamos neste capítulo uma revisão teórica sobre a questão da saúde mental nas suas relações com a família. Organizamos o capítulo em três momentos. Primeiramente, fazemos uma revisão da história do sofrimento psíquico e sua relação com os cuidados oferecidos ou buscados pela família. No segundo momento, traçamos um perfil da estrutura da família brasileira, em especial da região Centro-Oeste do país, ressaltando aspectos socioeconômicos e culturais. E no terceiro momento, apresentamos as propostas que as organizações governamentais de saúde reservam para o papel da família no processo de cuidados em Saúde Mental. Ao organizarmos a revisão bibliográfica sobre a saúde mental e a família buscamos reconstruir as bases histórico-ideológicas das noções e conceitos que, atualmente, guiam a proposta de uma rede de assistência em saúde mental substitutiva ao modelo hospitalocêntrico - que inclui o PSF como uma estratégia para a consolidação do modelo biopsicossocial.

1.1 Revisão teórica histórica: breve história da relação da família com a loucura

No início do livro “A história da loucura” o filósofo e lingüista Michel Foucault (2005) relata o desaparecimento da lepra no Ocidente, durante a Idade Média, e o esvaziamento dos leprosários, que funcionavam como instituições de reclusão. Assinala, entretanto, que - os leprosários - conservando o poder ideológico das estruturas de interdição, servem como exemplo de lugares de segregação, ou seja,

separam um 'doente' da sua família e da sociedade. Mesmo com o fechamento dos leprosários os valores e as imagens anteriormente atribuídas aos leprosos ficaram por muito tempo ocupando "discursivamente" aqueles lugares vazios, ou seja, as palavras leproso e leprosário veiculavam um sentido de rejeição social. A religião ocidental ao conceber o sofrimento causado por uma doença como decorrente de uma provação ou castigo e ao instituí-lo como parte da reintegração espiritual, contribui, sobremaneira para a perpetuação do perfil de exclusão social que foi construído pelo "discurso da lepra".

Foucault (idem) explicita que gradativamente, no decorrer do século XVI, esse espaço de interdição e exclusão foi ocupado por outras figuras não menos temíveis: as dos "venéreos" e as dos "loucos". Porém, para as primeiras dos problemas venéreos rapidamente se instalam na ordem das doenças que exigia tratamento, ou seja, como da ordem médica. Já o problema da loucura continua opaco para a Medicina ao longo de todo o século XVI. A loucura substituiu o lugar de interdição/exclusão deixado pela Lepra e rapidamente ocupado pelos "venéreos", somente no século XVII, quase um século depois.

Para entendermos como se deu a passagem da "loucura" para o campo da ordem médica, passamos a comentar brevemente as transformações sociais daquele período. Nos primeiros séculos do calendário ocidental (DC), no cotidiano da vida do campo, ou nas pequenas aglomerações urbanas, a forma de produção de bens de consumo era artesanal e, até o fim da Idade Média, se baseava na produção independente. Nessa forma de organização das sociedades européias, o trabalhador possuía os meios de produção: instalações, ferramentas e matéria prima. Sozinho ou mais comumente com a família, o artesão ou lavrador realizava, em sua casa ou pequena propriedade, todas as etapas da produção. Tal padrão de produção foi retratado, por exemplo, pela arte da época.

Segundo Ariès (2006) era comum que as tapeçarias do séc. XVI "descrevessem" cenas campestres a exemplo, dos senhores e as suas crianças colhendo uvas, ou supervisionando a colheita de trigo. A esse respeito Ariès comenta que nessa época "o homem não está mais sozinho. O casal não é mais apenas o casal imaginário do amor cortês. A mulher e a família participam do trabalho e vivem perto do homem, na sala ou nos campos" (idem, p. 133). Encontramos em Cotrim

(2002) uma explicação sociocultural para estas mudanças do comportamento familiar que foram ocorrendo entre os séculos XVI e XVIII, quando descreve que:

...até fins do século XVIII, a maioria da população européia vivia no campo. Ali produzia o alimento para seu sustento e organizava grande parte da vida social em função das atividades agrícolas e pastoris... a atividade de transformação de matérias-primas era feita de modo artesanal e o produtor (artesão) controlava as diversas fases da produção..., além de dominar todo o processo produtivo, o artesão também era o dono das matérias-primas e dos instrumentos de produção. (COTRIM, 2002, p. 276).

Referente a esta época encontramos relatos de historiadores que se narram a situações em que um membro da família que estivesse em crise se afastava da casa e só retornava à rotina dos afazeres cotidianos quando se sentisse melhor. Entretanto, se não retornassem para a rotina da casa podiam receber o que comer e o que beber de membros da família e/ou da comunidade. Nesse sentido, Resende (1997), citando Rosen (1968), relata que:

As famílias de posse mantinham seus loucos em casa frequentemente sob a guarda de um assistente especialmente contratado, os “auxiliares psiquiátricos”. Aos pobres era permitido vagar pelos campos ou pelos mercados das cidades, sua sobrevivência assegurada pela caridade pública ou pequenos trabalhos realizados para particulares. (RESENDE, 1997, p. 21)

Nesse contexto, compreendemos que as famílias podiam ser consideradas como “continentes” – ou seja, um familiar quando em crise podia manifestar a sua “diferença”. Em geral, ia para um lugar afastado, ficavam no mato e quando precisavam, eram acolhidos pela família e/ou comunidade, visto que:

... tanto o trabalho agrícola de subsistência como o artesanato para consumo imediato ou troca nos restritos mercados da época, atividades nas quais se assentava a economia das sociedades pré-capitalistas, tinham em comum serem capazes de acomodar largas variações individuais e de ‘respeitar’ o tempo e o ritmo psíquico de cada trabalhador. (RESENDE, 1997, p. 22)

Para Cotrim (2002) a Inglaterra foi pioneira no processo de industrialização. Para isso, foi fundamental o capital acumulado ao longo da Idade Moderna pela burguesia inglesa, tanto por meio da concentração de terras nas mãos de poucos proprietários quanto pela expansão do livre comércio. A Inglaterra monopolizou a mais importante zona de livre comércio da Europa por meio de um sistema de créditos financeiro bem desenvolvido e “legalizado”, desde a fundação do Banco da Inglaterra, em 1694. Entretanto, grande parte do capital investido era originário do tráfico de escravos e do comércio com metrópoles colonialistas. Segundo Cotrim (2002) algumas condições naturais contribuíram com o pioneirismo industrial Inglês:

O fato de a Inglaterra ser uma ilha situada à margem da Europa Ocidental facilitou o acesso ao comércio marítimo e à exploração dos grandes mercados ultramarinhos. E as jazidas de carvão, abundantes em seu subsolo, supriram de energia as indústrias. (COTRIM, 2002, p. 277).

Quando o desenvolvimento do sistema socioeconômico passou a explorar os recursos naturais como fonte de energia, tal avanço tecnológico modificou as possibilidades de produção do mercado de máquinas e levou a uma grande transformação agrícola. Tais aspectos possibilitaram que a Inglaterra mobilizasse a chamada Revolução Industrial, passando a ser considerada, a partir da segunda metade do século XVI, como a “oficina do mundo”. Ocorreu aumento na produção dos bens de consumo, especialmente têxteis. Posteriormente esse modelo de produção de bens se expandiu para o restante da Europa, América e Ásia.

A Revolução Industrial concentrou os trabalhadores em fábricas, levando a um conseqüente êxodo rural, deslocando as pessoas para a cidade onde passavam a viver em condições de extrema miséria. Os artesões acostumados a controlar o seu ritmo de trabalho, tinham agora que se submeter às regras das fábricas e concorrer com a mão de obra, não especializada e menos remunerada, de mulheres e crianças. Segundo Cotrim (2002), o investimento dos donos de capitais na aquisição de propriedades rurais, o incentivo a monoculturas direcionadas a suprir a matéria-prima para as indústrias têxteis e a modernização dos métodos de produção,

levou a um aumento da produtividade e reduziu o número de trabalhadores rurais, substituídos pelas máquinas. As grandes lavas de camponeses que perderam suas funções foram obrigadas a migrar para as cidades (êxodo rural), onde se engajaram no trabalho nas indústrias que surgiam. (COTRIM, 2002, p. 277).

Segundo Resende (1997), “foi justamente o princípio do fim do campesinato como classe e o declínio dos ofícios artesanais que vieram selar a sorte do louco e elevar a loucura à categoria de problema social”. Com o crescimento das cidades e a mudança das relações sociais, muda também o perfil das relações familiares. Os salários pagos pelas fábricas eram tão baixos que as mulheres e crianças eram obrigadas a trabalhar para ajudar nas despesas da família. De acordo com Cotrim (2002: 278), “em diversas indústrias, eles trabalhavam mais de 15 horas por dia. Vale ressaltar que na Inglaterra, por volta de 1780, um operário vivia em média 55 anos e trabalhava 125 mil horas ao longo de toda a vida”. Nessa nova configuração urbana, o diferente/louco não tinha quem cuidasse dele e era abandonado a sua própria sorte, vagando pelas ruas das grandes cidades de onde eram recolhidos aos porões das Santas Casas e Hospitais Gerais, chamados, na época, de asilos ou hospedarias, que, segundo Amarante (1995, p. 24) “representavam o espaço de recolhimento de toda ordem de marginais: leprosos, prostitutas, ladrões, loucos, vagabundos, todos aqueles que simbolizavam ameaça à lei e à ordem social”. Oda e Dalgalarrodo fazem uma

observação no mesmo sentido, ressaltando que não se tratava de um lugar de cuidados do ponto de vista da Medicina ou da Psiquiatria, conforme abaixo:

Os 'Asilos', 'Hospícios' ou 'Hospitais' eram locais de hospedagem para aqueles que dependiam da caridade: os pobres, mendigos e os loucos. Tais hospícios poderiam contar eventualmente com alguma assistência médica, mas sua principal intenção era dar aos necessitados um abrigo, alimentos e cuidados religiosos. Os estabelecimentos destinados ao recolhimento de alienados pobres, portanto, surgiram quase sempre como estruturas asilares das Santas Casas de Misericórdia, bem antes que a psiquiatria existisse como prática médica especializada. (ODA & DALGALARRONDO, 2004).

Estes desvalidos eram recolhidos em hospedarias ou presos em “delegacias” pelas forças da ordem pública que começavam a se organizar nas cidades, para a proteção dos bens públicos e privados da burguesia ascendente. Nesse sentido, quando, “por alguma razão não se adaptavam à ordenação/disciplina do trabalho urbano e industrial, eram excluídas do convívio em prisões ou hospitais” (OLIVEIRA, MOURA-VIEIRA E ANDRADE, 2006, p. 13).

Devido à industrialização da produção dos bens de consumo, cresceu a oferta de produtos e a concorrência entre indústrias que os produziam e tinham que distribuí-los. Para Figueira (2002) “a mecanização iniciada no setor de fiação e tecelagem do algodão provocou uma reação em cadeia, afetando outros setores (transportes, energia, metalurgia, mineração etc.)”. Para tanto, a rede de transportes foi ampliada pela expansão das ferrovias e modernizada pela invenção da locomotiva e do barco a vapor. Surgiram também novas formas de energia, como a hidrelétrica e a energia derivada de petróleo. Naquele momento, a ciência por meio do Iluminismo – movimento que se difundiu na França e Inglaterra durante o século XVIII e depois se espalhou por toda a Europa, coloca a questão do conhecimento como possibilidade de resolução dos problemas da humanidade, deixando em segundo plano os saberes tradicionais (populares, mágicos, religiosos). Para Figueira (2002), sua principal característica “era a valorização da ciência e da racionalidade como forma de

eliminar a ignorância dos seres humanos acerca da natureza e da vida em sociedade” que para seus adeptos “era alimentada pela tradição, pelo fanatismo e pelas crenças religiosas”. (FIGUEIRA, 2002, p. 201).

Desse modo, no final do século XVIII, a Medicina assumindo um caráter direcionado pelo naturalismo, instituiu o espaço dos asilos como da ordem médica. Foi Philippe Pinel, na França, quem propôs classificá-los como espaço médico, separando os desvios sociais das doenças e criando um chamado “tratamento moral” para ser aplicado aos “loucos” que passaram, na linguagem da nova especialidade que se instaurava – a psiquiatria –, a ser chamados de “alienados”. A assistência psiquiátrica nasce, assim, no cerne de uma instituição repressiva assistencial: o hospital asilar. (OLIVEIRA, MOURA-VIEIRA E ANDRADE, 2006, p. 14).

Foi então, como uma das inovações científicas possibilitadas pela Revolução Francesa, que assistimos ao surgimento da psiquiatria moral. O louco/paciente, sob essa nova ordem, ou seja, de alienado mental, era recolhido a um hospital sob a organização não mais da caridade religiosa, mas sim, da jovem ideologia psiquiátrica em plena formação. Dessa forma, para Amarante (1995, p. 25) “o gesto de Pinel ao liberar os loucos das correntes não possibilita a inscrição destes em um espaço de liberdade, mas, ao contrário, funda a ciência que os classifica e acorrenta como objeto de saberes/discursos/práticas atualizados na instituição da doença”.

Do novo contexto, trazido pela Revolução Francesa que vai culminar com o nascimento da psiquiatria, se desenvolve uma nova relação da família com o seu doente. Deduzimos então que a família, nos casos de “loucura” de um de seus membros, passou a procurar o que se oferecia como recurso social de ajuda, mais especificamente: o asilo de alienados. Nesse sentido, na nossa leitura, a família, que num primeiro momento da vida rural, era continente e que, num segundo momento, do início da vida urbana na Revolução Industrial, abandonava o seu familiar, à própria sorte, vai agora, a partir da Revolução Francesa, “entregar” o “paciente” para o propalado “cuidado médico”. Esse terceiro momento se instala com muita força, associado ao que Foucault (2006) chama de poder psiquiátrico e que, mesmo com os avanços científicos e tecnológicos, se mantém sem grandes modificações ideológicas até a primeira metade do século vinte, e hegemônico até suas últimas décadas.

Entretanto, na segunda metade do século XX, no período de retomada do desenvolvimento posterior à II Guerra Mundial, várias experiências de transformação da assistência centrada no hospital, dentre elas as psiquiátricas, foram realizadas pelos países industrializados. Segundo Amarante (1995), no período pós-guerra, as instituições hospitalares podiam ser comparadas aos campos de concentração que confinaram os judeus sob condições desumanas. Como a sociedade europeia daquele período não conseguia conviver com tal barbárie, “abre espaço para o surgimento ou retomada de uma série de reformulações do espaço asilar”. (AMARANTE, 1995:28).

As preocupações com as condições de saúde da população mundial, com a necessidade de planejar estratégias de saúde para grandes grupos populacionais e assegurar assistência digna e acessível a diferentes camadas sociais fez com que, em 1950, a Organização Mundial da Saúde recomendasse “às nações membros, que investissem em ações de saúde mental”. (RESENDE, 1997, p. 58).

Quanto à assistência psiquiátrica e às preocupações com a saúde mental cada país desenvolveu estratégias voltadas para interesses bem definidos. A exemplo dos Estados Unidos, da Inglaterra e da França. Nos Estados Unidos, a assistência pública ambulatorial em saúde mental significou um processo de racionalização de recursos. Na Inglaterra, o sucesso das comunidades terapêuticas desenvolvidas por Maxwell Jones influenciou o crescimento de idéias contrárias à hospitalização psiquiátrica. Na França, a psiquiatria de setor correlacionou a assistência do hospital psiquiátrico com as características socioculturais do local de moradia do paciente sob cuidados. Experiências como essas influenciaram o modo de perceber e realizar a assistência psiquiátrica em todo o mundo.

Observando mais atentamente o exemplo das Comunidades Terapêuticas propostas por Maxwell, na Inglaterra, refere Amarante que:

...o termo comunidade terapêutica passa a caracterizar um processo de reformas institucionais, predominantemente restritas ao hospital psiquiátrico, e marcado pela adoção de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, objetivando uma transformação da dinâmica institucional asilar. (AMARANTE, 1995, p. 28)

Amarante (1995) destaca também, a psiquiatria de setor desenvolvida na França, na década de 60 que, ao instituir o princípio de associar o hospital psiquiátrico às várias áreas da comunidade, de forma que a cada “divisão” hospitalar corresponda uma área geográfica e social, se resgata um princípio de cidadania:

Tal medida produz uma relação direta entre a origem geográfica e cultural dos pacientes com o pavilhão em que serão tratados, de forma a possibilitar uma adequação de cultura e hábitos entre os de uma mesma região, e de dar continuidade com a mesma equipe que os tratavam no hospital (AMARANTE, 1995, p. 35).

Melman (2002) observa que a psiquiatria de setor na França também expressou uma política implantada pelo sistema de seguro social. Associar a ala da internação com a região de procedência facilitava o trabalho da assistência social, o que, de certa forma, funcionava para garantir aos cidadãos um mínimo de proteção e cuidados diante dos riscos de adoecimento.

Lembramos que nossa proposta nesse primeiro item de revisão bibliográfica foi de fazer uma breve história da relação da família com a loucura. Nesse sentido, apesar de as experiências que citamos nos últimos parágrafos terem trazido algumas modificações nessas relações, compreendemos que a família continua buscando o hospital como o centro da assistência e este por sua vez ao ser pressionado por novas idéias e experiências de atenção que levam em consideração aspectos psicossociais, passa a buscar maior articulação com o sistema de saúde no qual está inserido e com a comunidade.

Os movimentos de desinstitucionalização fortaleceram em todo o mundo e influenciaram as atuais políticas de atenção à saúde mental indicadas pelos organismos internacionais de saúde e adotadas, no Brasil, pelo SUS. Vamos comentar no subitem 1.1.1., a seguir, um pouco da história dos sentidos da “loucura” e das possíveis relações do “louco” com a sua família, na história do Brasil.

1.1.1 Um pouco da história da relação da família com a loucura no Brasil

As terras que hoje conhecemos como o Brasil, um país com dimensões continentais, eram habitadas, até 1500, por índios de várias nações, cada uma com sua língua, seus costumes e tradições. Viviam de forma nômade em conformidade com a natureza, se alimentando de frutos e animais sem, contudo desequilibrar o ecossistema.

Segundo Siqueira (2002), a origem do homem americano se deu através de rotas migratórias vindas da Ásia, Malaio-Polinésia e Austrália, sendo que existem hipóteses diferentes defendidas por cada grupo de pesquisadores. Para a autora o Programa Nacional de Pesquisas Arqueológicas defende a teoria difusionista “pela qual o planalto central serviu como um corredor de passagem das populações advindas das regiões amazônica e nordestina”. Já outros pesquisadores defendem a teoria pela “qual o planalto central foi área de confluência das populações migradas das regiões amazônica e nordestina”. Eram povos caçador-coletores, agricultores e ceramistas que povoaram o planalto central há mais de 11 mil anos, que deixaram as marcas de sua passagem através de objetos como “machados e outros utensílios de pedra lascada, pedra polida, cerâmica, restos de animais, vestimentas, restos de habitação, artesanato em geral, pinturas e gravuras sobre imensos paredões”. (SIQUEIRA, 2002, p. 8 e 13).

Com a chegada dos colonizadores o território Sul americano da costa atlântica foi ocupado, progressivamente em direção ao interior do continente, pelos portugueses, com histórias e culturas diferentes. A conquista do chamado “sertão” é fruto das expedições chamadas Entradas e Bandeiras que impuseram a presença do branco colonizador nos territórios indígenas.

Ao longo dos primeiros séculos de ocupação do território brasileiro, primeiramente os portugueses e depois os escravos e os imigrantes contribuíram com uma miscigenação lenta e conflituosa. A miscigenação segundo Novais (1997), “foi, assim, ao mesmo tempo, um canal de aproximação e uma forma de dominação, um espaço de amaciamento e um território de enrijecimento do sistema”. (NOVAIS, 1997, p. 28).

Inicialmente, no período do Brasil colônia, alguns aspectos influenciaram na organização da sociedade e na constituição das famílias a partir da perspectiva do colonizador europeu, dentre eles,

a distância da metrópole – que dividia muitas vezes os membros de uma família entre os dois lados do Atlântico -, a falta de mulheres brancas, a presença da escravidão negra e indígena, a constante expansão do território, assim como a precariedade de recursos e de toda sorte de produtos com as quais estavam acostumados os colonos no dia-a-dia (...) (ALGRANTI, 1997, p. 85).

A mesma autora ainda relata que “ora era o pai que se ausentava a serviço da Coroa ou em virtude de suas atividades, ora era a filha que se casara fora do domicílio, ou o filho que partia numa expedição para o sertão”, deixando as famílias por muito tempo dispersas. Os meios de transporte e comunicação ainda não tinham o alcance que têm hoje, dificultando a comunicação e a participação em vários acontecimentos importantes na vida familiar e colaborando também para que várias esposas e maridos “abandonassem a família para viver com outros companheiros, além, é claro, das repetidas interrupções dos laços familiares causadas por mortes prematuras”. (ALGRANTI, 1997, p. 86).

Para Souza, (1997)

(...) a vastidão geográfica dificultou o convívio e, ao mesmo tempo, tornou-o inevitável... se as distâncias enormes retardavam os contatos, e se os aglomerados dos tempos coloniais apresentam sempre uma feição triste de isolamento e abandono (...) eram o próprio isolamento e abandono que obrigavam as pessoas a se manterem próximas umas das outras, contornando assim as ameaças oferecidas pelos meios naturais. (SOUZA, 1997, p. 441).

Nesta época, nas povoações urbanas ou nos campos, as casas eram grandes e sem muita mobília. Contavam com jardins, pomares e hortas nos quintais e também havia vários anexos onde se produzia a alimentação e os cuidados de higiene. As famílias eram auto-suficientes, “boa parte da população doméstica costurava, produzia farinha de milho ou de mandioca, fabricava aguardente, trançava cestos, tecia redes e panos mais rústicos”, porém tinham pouca privacidade, pois havia “limitações da intimidade em casas de paredes finas e de cômodos polivalentes, que acabavam expulsando para os matos e quintais os amantes desejosos de colóquios mais demorados”. (SOUZA, 1997, p. 441e 442).

Os cuidados com a saúde, era responsabilidade da mulher, que utilizava remédios caseiros e uma boa alimentação, já que “a falta de médicos e cirurgiões era notória durante todo o período colonial”, e que muitos tipos de doenças assolaram a população, dentre elas a sífilis. (ALGRANTI, 1997, p. 27). Percebemos aqui, diferente do que ocorreu na Europa, que a sífilis foi a primeira questão de saúde a aparecer no cenário brasileiro de forma estigmatizante. O Cinema nos mostra em histórias da época, como a do Aleijadinho, que os filhos de europeus com as negras já nasciam escravos e mesmo quando o pai assumia o filho e lhe dava alforria havia o preconceito da raça. O ‘mulato’ mesmo sendo um artista de grande talento ao ser acometido por uma estranha doença, que para muitos podia ser a sífilis sofreu duplamente com o preconceito e terminou sua vida pobre e abandonado pela esposa e o filho (PEREIRA, 2001).

Ao final do século XVIII, a sociedade brasileira é formada basicamente por dois grupos populacionais distintos:

de um lado uma minoria de senhores e proprietários e, de outro, a multidão de escravos; entre estes, a massa indefinida que não cessa de crescer dos inadaptados, dos indivíduos sem trabalho definido ou totalmente sem trabalho. São em sua maioria pretos ou mulatos forros, mestiços de todos os matizes e categorias que, não podendo ser proprietários e não mais sendo escravos, se vêem repelidos de qualquer situação estável, ou pelo preconceito ou pela inexistência de empregos disponíveis; até mesmo brancos puros se encontrarão arrastando-se na indigência. (RESENDE, 1997, p. 34)

É neste contexto, conforme o mesmo autor, que aparece o doente mental nas cenas das cidades, em meio à desordem e ameaça à paz social. Porém, diferentemente da Europa, em vez da industrialização, com a urbanização e suas conseqüências, o louco apareceu em “plena vigência da sociedade rural pré-capitalista, tradicionalmente pouco discriminativa”. Resende (idem) compara os “loucos” deste período a imagens de cenas bíblicas, onde eram encontrados vagando pelas “cidades, aldeias e campos, sujeitos aqui e ali aos motejos da criançada, vivendo da caridade pública”. Nem as Santas Casas, já existentes na época, “e que abrigavam doentes pobres, velhos, órfãos e mendigos, não contavam com loucos em sua variada clientela”. (1997, p. 30 e 31).

Mello (1997) nos assinala por meio do diário¹ de Acioli Lins, um senhor de engenho da época do império, aspectos da vida privada de uma família que viveu no período próximo ao final da escravidão, por volta de 1880, quando está chegando ao fim as Casas-Grandes. O círculo de relações se restringe praticamente à família conjugal, a uma segunda família (os senhores de engenhos tinham uma esposa oficial com filhos e outros filhos com as negras ou índias) e às famílias dos parentes mais próximos. Era comum casamento entre parentes. A sexualidade feminina era um tabu, pois “a intimidade das mulheres da família é uma linha intransponível que só as outras mulheres podem atravessar”. Nessa descrição aparece também a relação da família com a loucura quando o diário registra que entre os moradores da Casa-Grande se encontra “a filha única e primogênita, Joana, solteirona que arrasta uma existência silenciosa interrompida por acessos de histeria” e o filho caçula “João Batista, que sofre desde a infância de epilepsia”. (MELLO, 1997, p. 413 e 415). Vemos que os termos são empregados conforme o diagnóstico psiquiátrico mais avançado da época. Mas, a despeito dos possíveis diagnósticos percebe-se no diário, nas passagens a respeito da doença dos filhos, que a família é continente pois apesar de a questão cultural e religiosa impedir dedicação igual a filhos do sexo masculino e feminino, ambos recebem atenção em casa nas suas crises e depois continuam suas vidas no seio da família, conforme este trecho do diário, a respeito da doença dos filhos:

¹ Era prática comum neste período os senhores de engenho escreverem um diário de acontecimentos importantes e/ou cotidianos ocorridos na vida da família.

É sobre o caçula, João Batista, que se acentua a afeição paterna. Epilético desde os seis anos, as convulsões amiúdam-se e prolongam-se ao longo do diário. Acioli Lins dá-se conta do agravamento do mal, cuja periodicidade de trinta a 35 dias passava a ciclos de dezoito. Ao contrário de sua atitude com a doença nervosa da filha, ele observa e descreve pormenorizadamente os ataques do filho, entremeados de acessos de insanidade, a que se seguem fases de prostração, de que só penosamente o enfermo reemerge para a vida cotidiana, conversando com os familiares e com a gente do engenho ou envergando o fato domingueiro para tocar piano.

(...) O barão não entra em minúcias sobre as crises de Joana, como faz com as do caçula, primeiro, por uma questão de pudor, depois, porque elas transcorrem no recesso da camarinha. Do que se passava no quarto de Joana, o pai só devia saber pelas referências cripticas de D. Feliciano (MELLO, 1997, p. 420 e 421).

Pelo relato vemos tratar-se de pessoas de classe abastada e, portanto, de uma minoria da população brasileira da época. Se pensarmos nos escravos eles se encontram abandonados à própria sorte na dependência das regras do capataz das senzalas. No Brasil daquele período, o trabalho era uma atividade designada para negros escravos e, portanto, considerado como atividade desabonadora para os não escravos. Tal fato foi assinalado por Prado Junior (ibid RESENDE, 1997, p. 31) ao comentar que no período da abolição da escravatura “poucos serão os homens livres, mestiços, mulatos e mesmo brancos que se disporão a se engajar em qualquer atividade laborativa sem se considerar, e ser considerados por isso mesmo, pessoas indignas”.

Nesse processo Mato Grosso foi colonizado pelos bandeirantes paulistas que “iam buscar sua mão-de-obra em pleno sertão, constituindo-se em traficantes de índios junto a algumas capitânicas do Centro-Sul e, mais tarde do Centro-Oeste e Amazônia” (SIQUEIRA, 2002, p. 26). Organizaram-se em expedições, a partir de São Paulo para irem à caça de índios e metais como ouro e diamante. E foi seguindo as águas dos rios que chegaram a Cuiabá. A atração principal na região foi a grande quantidade de ouro que encontraram.

Divulgada a notícia pelos povoados foi tal o movimento que causou nos ânimos que das Minas Gerais, Rio de Janeiro e de toda a capitania de São Paulo se abalaram muitas gentes deixando casas, fazendas, mulheres e filhos botando-se para estes sertões como se fora a terra de promessa ou o paraíso encoberto em que Deus pôs nossos primeiros pais. (SÁ, 1975, p. 12).

É também, Siqueira (2002) quem nos traz as características da sociedade mato-grossense do período colonial, que era composta por homens livres e escravos. Os Homens Livres apresentavam uma elite formada por fazendeiros donos de sesmarias², grandes comerciantes e burocratas do Estado; a camada média, formada por profissionais liberais, baixo clero, professores, funcionários públicos, militares e pequenos comerciantes; e a categoria Homens Livres e pobres (militares de baixa ou nenhuma patente, mineiros e pequenos agricultores). Já os escravos eram os negros africanos ou seus descendentes e os índios. (2002, p. 58 e 59).

Cuiabá, capital do Estado de Mato Grosso, fundada no período setecentista, conforme Pinho (2007), está localizada no Extremo-Oeste do Brasil e no final do século XIX possuía uma população urbana com pouco mais de 9.000 habitantes. Neste período a guerra do Paraguai, uma epidemia de varíola e a enchente do rio Cuiabá, em 1867, causaram a morte de muitas pessoas. Até essa época as pessoas com problemas mentais viviam pela cidade, protegidas pelas famílias. Foi após esse período que o louco foi tirado de dentro de suas casas, famílias e comunidade. A autora nos revela que:

O recenseamento de 1890 é o primeiro em que a loucura em Cuiabá aparece sob o epíteto de alienados, dementes e idiotas, identificados, domiciliados e dispersos em inúmeros endereços e que se avizinham e se misturam aos demais moradores. A identificação destes no censo, como também em outras fontes, foi apenas a primeira de uma série de medidas adotadas no curso do processo civilizatório, cuja base é o pensamento racional, que corroborará para que a loucura seja percebida como o seu outro, o

² Sesmarias: Peça de terra devoluta ou cuja cultura fora abandonada, que os reis de Portugal entregavam a sesmeiros, para que o cultivassem. 2 bras Antiga medida agrária, para campos de criação. (Michaelis, 2002, p. 719)

seu contrário, e que, gradualmente, vai ser vista como uma vizinhança perigosa. (PINHO, 2007, p. 25).

...Na mesma rua, em outra moradia, residia José Antunes Maciel, 45 anos, branco, solteiro, brasileiro, católico, que sabia ler, mas era alienado. Próximo dali, na Rua de São Benedito, vivia a alienada Januária, com meio século de existência, que vem se juntar a esse mundo dos diferentes, profissão: agência; e o pequeno Vicente de Carvalho, com apenas 9 anos de idade e idiotismo. (PINHO, 2007, p. 50).

No final do século XIX, segundo Oliveira (2005), a sociedade mato-grossense adotava em relação ao tratamento dispensado aos loucos os mesmos procedimentos de outras comunidades que ainda não haviam incorporado o louco/alienado como objeto da Medicina. Já para Pinho (2007) em “Cidade e Loucura”, nesta época os loucos em Cuiabá ficavam mais em casa com a família e só depois do censo de 1890 é que eles foram ou passaram a ser vistos mais na rua. Para esses autores os loucos viviam na cidade, mas não incomodavam ninguém. Eram chamados de bobós e freqüentavam a vida cotidiana como todos da cidade. Portanto, na nossa interpretação, tal comportamento social correspondia ao período histórico europeu, em que as famílias eram continentais – seus familiares “loucos” viviam livres pelas ruas, cercanias das casas e pelos campos – recebendo algum suporte quando necessário e durante muito tempo em Cuiabá,

o louco pode gozar do convívio da família, vagar pelas estradas, circular pelas ruas das cidades e receber os cuidados da família e dos cidadãos, sem ser barrado por quem quer que fosse. Entretanto, no final dos anos oitocentos, em Cuiabá, essa situação começará a ser alterada. Pesará sobre as famílias uma zona de silêncio. Ninguém falará de seus loucos, afinal ele não é motivo de orgulho, e sim de vergonha. Ele é o obstáculo do progresso e da civilização. Isso não significa que não tiveram ocorrido resistências e que todos os alienados tenham sido trancafiados na cadeia, na Santa Casa ou, posteriormente, no Asilo dos Alienados. E esta é uma situação que pôde ser verificada na capital mato-grossense no período, bastando, para isso, confrontar o nome dos alienados, dementes e idiotas, que aparecem no recenseamento de 1890, com os nomes dos alienados, que foram posteriormente trancafiados.

Quanto às cidades do interior e à zona rural, é possível inferir que essa resistência foi muito maior que na capital, considerando que muitas famílias tinham seus “bobós” integrados na vida doméstica, com suas próprias tarefas, e que alguns até mesmo eram figuras públicas. (PINHO, 2007, p. 81)

Com a ocupação da região, o crescimento e organização das cidades, os loucos que não eram inofensivos, passaram a ser recolhidos em casa pela família, caso a possuíssem, ou, eram presos quando ameaçavam a ordem pública. Classificamos este período como de transição, ou seja, a família que deixava de ser continente e o louco abandonado à própria sorte, acabava por determinar que o mesmo fosse tomado aos “cuidados” da ordem pública.

Mais tarde, a partir de 1900, surgiram aglomerados industriais e empresas multinacionais. A produção se automatizou; surgiu a produção em série; e explodiu a sociedade de consumo de massas, com a expansão dos meios de comunicação. Avançou a indústria química e eletrônica, a engenharia genética, a robótica. O avanço tecnológico fez surgir, ao longo deste século todo o aparato medicamentoso que serve aos diagnósticos clássicos da psiquiatria, mas mesmo assim, não se viu diminuir as internações em hospitais asilares e as famílias continuaram em busca da assistência no modelo hospitalocêntrico.

1.2 Uma revisão teórica dos modelos de estrutura familiar e dos modos de atenção em Saúde Mental

Um estudo clássico de Ariès (2006), História social da criança e da família, mostra como se deu o processo de estruturação da família moderna, descrevendo suas origens. Por meio da análise iconográfica ele mostra que nas coleções de pintura dos séculos XVI-XVII está presente um grande número de imagens da família, onde os personagens vão aparecendo gradativamente nas telas dos artistas. Primeiro o homem aparece sozinho, depois é a vez da mulher e por último a criança. À medida que avançamos no tempo, “mais frequentemente a família do senhor de terra é

representada entre os camponeses, supervisionando seu trabalho e participando de seus jogos”. O autor conclui que “o sentimento da família era desconhecido na Idade Média e nasceu nos séculos XV-XVI, para se exprimir com um vigor definitivo no século XVII” (ARIÈS, 2006, p. 133 e 143).

Para o autor a idéia dos historiadores é que nesta época havia dois grupos de familiares: um constituído por pai, mãe e filhos correspondendo à família dos dias de hoje e a linhagem que garantia os bens a todos os descendentes de um ancestral. “A educação das crianças era garantida pela aprendizagem junto aos adultos, e que, a partir de sete anos, as crianças viviam com uma outra família que não a sua” (ARIÈS, 2006, p. 159).

Na sociedade medieval, que possuía a concepção de família como linhagem não se tinha noção de privacidade e intimidade entre as pessoas, todas viviam em agrupamento compostos não apenas por parentes consangüíneos, mas também por servidores e protegidos. Viviam em grandes casas onde não havia separação entre vida profissional, vida privada e vida social. Esse período coincide com o que chamamos anteriormente de famílias continentais com o familiar “louco”.

A partir do século XIV a família vai se tornando patriarcal. É quando “assistimos a uma degradação progressiva e lenta da situação da mulher no lar. Ela perde o direito de substituir o marido ausente ou louco...”. Enfraqueciam-se os laços da linhagem enquanto a família comandada pelo pai tornava-se a célula social reforçada pelo Estado e a religião (ARIÈS, 2006, p. 145 e 146). A devoção familiar também é reforçada pela igreja católica representada pela Sagrada Família que é colocada como modelo para todas as famílias.

No início do processo da industrialização, com o crescimento das cidades e a mudança das relações sociais, muda também o perfil das relações familiares. Começam a se constituir noções de privacidade e intimidade entre as pessoas, mesmo que, nos bairros populares e ou suburbanos, as pessoas ainda vivam em agrupamentos, estes não se restringiam mais aos parentes consangüíneos, servidores e protegidos. Os prédios e vilas abrigam toda a sorte de trabalhadores assalariados e passa a ser marcante a separação entre vida profissional, a vida privada e a vida social. Tal contexto, no nosso entendimento, coloca as relações de saúde mental e

família em um período de transição quando os “loucos” são abandonados à sua própria sorte.

Uma vez consolidado o processo da revolução industrial, o Estado, a Igreja, e a Medicina influenciaram para uma reformatação familiar voltada para um maior fechamento no núcleo familiar.

D’Incao (1997) retrata em “História das Mulheres no Brasil”, as famílias burguesas, que, para se adequar à nova situação de modernização do século XIX, têm que mudar de comportamento e atitudes. Nessa mudança “o que se presenciava era a dissolução das formas tradicionais de solidariedade representadas pela vizinhança, família e grupos clánicos, compadrios e tutelagem”, modificando as relações entre as pessoas. Com a privacidade das casas, a rua deixou de ser continuidade das mesmas. Chegava também o individualismo e a desconfiança tornando as famílias mais isoladas, cabendo à mulher o papel de mãe e esposa dedicada, devendo ela mesma se responsabilizar pela educação dos filhos e cuidar da imagem do marido como homem público. Esse papel era endossado por “meios médicos, educativos e da imprensa na formulação de uma série de propostas que visavam “educar” a mulher para o seu papel de guardiã do lar e da família”. (D’INCAO, 1997, p. 226 e 230)

A estrutura atual “centrada na afeição e na intensificação das relações entre pais e filhos e na privacidade de suas casas” (MELMAN, 2002, p. 39) é fruto do desenvolvimento das relações sociais de trabalho e produção. Esse foi um processo lento no qual as principais mudanças se deram em relação às atribuições com a criança; a escola contribuiu muito nesse processo, deixando de ser apenas para os clérigos. No nosso entendimento, esse é o momento que vivenciamos até hoje, quando a loucura significa doença, ou seja, um momento em que as famílias encaminham o seu paciente para um “tratamento” no exterior do seu núcleo.

Atualmente, as famílias têm dificuldades concretas para conviver com o sofrimento psíquico, seja pela discriminação social, como pela dificuldade de contar com serviços de saúde e profissionais capacitados para lhe prestar cuidados e informações adequadas, já que o modelo de assistência disponível que ainda predomina é o biomédico. Nesse sentido, ter uma pessoa com transtorno mental na família torna a convivência bastante conflituosa. Os encargos físicos, emocionais,

econômicos e sociais aumentam. Além disso, após vários fracassos e desilusões na busca por tratamento os familiares se sentem cansados e sem esperança.

Provavelmente devido a essa construção histórica e ideológica, em todos os continentes, sob a perspectiva da família, o hospital psiquiátrico ainda representa para ela a base da atenção psiquiátrica.

A sociedade contemporânea adotou valores ideológicos que culpabilizam os sujeitos individualmente e não o corpo social pelas mazelas, inclusive psíquicas, que enfrentam. Autores como Freud, ajudaram a construir esse tipo de discurso (MOURA - VIEIRA, 2004a).

Nesse sentido, a família contemporânea seria responsável por tudo, de bom ou de ruim que acontecesse às pessoas, do ponto de vista da saúde/doença mental. Nela, os pais são responsáveis por dar carinho, amor, sustento e lazer aos filhos desde que nascem até se tornarem adultos. Por outro lado, os filhos lhes devem afeto, obediência e respeito. Muitas vezes as pessoas se sentem inseguras quanto às dificuldades de cumprir essas expectativas erigidas pela moral, pela religião e pelos hábitos culturais ocidentais.

Observamos que, nos casos de problemas de saúde mental, antes de serem identificados como tal, os familiares apelam para recursos informais da comunidade: o centro espírita, o terreiro, a benzedeira e por último, quando praticamente já tentaram de tudo e, principalmente, quando um parente sai da linha do conflito para a de desintegração psicótica - apelam para especialistas na busca de uma “cura”. Na vida cotidiana, embora estes sejam problemas recorrentes, a maioria dos familiares não os vê como tal e não sabe como agir neste momento.

No momento atual de desenvolvimento do modelo de atenção em saúde mental baseado no modelo psicossocial, a família foi convidada a participar ativamente do processo de assistência. Do ponto de vista do trabalho da equipe de saúde mental com a família – a aproximação precisa ser cuidadosa, evitando a

invasão e respeitando os sentimentos que, muitas vezes, são ambivalentes, quando, o medo, a vergonha, a tristeza, a raiva e principalmente a culpa se misturam. Da equipe se exige paciência e sensibilidade, pois a história de cada família é única.

Melman (2002) enfatiza ainda que com a desospitalização um número maior de pessoas passou a ser assistido em serviços extra-hospitalares. Como vimos no modelo biopsicossocial, nos serviços substitutivos as famílias passaram a fazer parte deste contingente, sendo estimulada e pressionada a assumir e dividir responsabilidades com seus familiares doentes. Foi preciso rever teorias e práticas para atender ao novo cenário, agora composto por usuários, familiares, técnicos e outros segmentos da sociedade. Várias técnicas de atendimento familiar foram desenvolvidas, tais como: Psicodrama, Terapias familiares de abordagem psicanalítica e Terapias familiares sistêmicas. O trabalho grupal passou a ser uma das modalidades desenvolvidas por todos os profissionais da equipe.

Munari e Furegato (2003) identificam dois aspectos divergentes que levaram os enfermeiros a se aproximar do Trabalho Grupal. O primeiro diz respeito à tendência da enfermagem em assistir o ser humano na sua totalidade, ou seja, a buscar trabalhar em grupos com questões relacionadas ao zelo pela qualidade de vida. Como exemplo dessa tendência as autoras citam Mello Filho quanto “a possibilidade de atenderem em grupos doentes somáticos portadores de doenças crônicas” (MELLO FILHO, 1986, p. 280). Este é um tipo de alternativa de trabalho grupal no qual a enfermagem “possibilita ao paciente ter um vínculo e suporte no grupo como uma forma de retomar a sua vida, o seu espaço na sociedade a caminho da reabilitação” (MUNARI e FUREGATO, 2003, p. 34).

O segundo aspecto que leva os enfermeiros a se aproximar do trabalho grupal é a busca pelo atendimento à necessidade e/ou circunstância do serviço. Nesse caso, segundo as autoras “o enfermeiro dispõe-se a uma atividade previamente estabelecida ou a elabora partindo de uma necessidade imposta pelo local de trabalho” (idem). Esse aspecto em particular é fortemente determinante do trabalho grupal da enfermagem nos serviços substitutivos, a exemplo do CAPS.

A substituição do tratamento centrado no hospital psiquiátrico tem demonstrando a viabilidade da assistência na comunidade. A construção de estratégias e novas práticas terapêuticas que não se reduzam a intervir

exclusivamente na bioquímica do cérebro ou na psicologia dos fenômenos ampliam suas intervenções para a esfera do trabalho, da moradia, do direito ao lazer e à cultura (MELMAN, 2002). Para isso é recomendável não apenas pluridimensionar o campo clínico, como propôs Melman, mas principalmente colocar o foco sobre o campo biopsicossocial, diversificando a linguagem e os discursos, multiplicando as formas de conexão com outros saberes e disciplinas.

Sabemos que para conseguir realizar um trabalho com a família, bem como para entender as suas características em determinada época e em determinado país, é necessário descrever as condições materiais que determinam as relações entre seus pares. Hoje no Brasil, segundo dados estatísticos do IBGE, apresentados por Gaiva (2006), as famílias mostram variações importantes, tanto regionais como por segmento social, revelando mudanças no seu perfil, “com redução no seu tamanho e o crescimento da proporção das famílias cujas pessoas responsáveis são mulheres”.

Segundo o último censo do IBGE (2000), as famílias da região Centro-Oeste estão distribuídas entre 11.636.728 habitantes. O número médio de pessoas por família é de 3, 4, ou seja, cada núcleo familiar é constituído, em média, por 3 a 4 membros. Deste total, 10 092 976 residem na zona urbana e apenas 845 600 na zona rural. O chefe de família, para o IBGE, aquele que trabalha ou tem maior renda, é em 74,4 % dos casos, do sexo masculino e em 25,6 % dos casos, do sexo feminino. É com esse perfil de família contemporânea que as equipes do CAPS e dos PSF's vão se deparar na construção da sua atividade laborativa.

1.3 Breve histórico do sistema de saúde brasileiro e em MT antes do SUS

Como vimos anteriormente, antes da ocupação do território brasileiro pelos portugueses, os índios aqui existentes tinham suas tradições e costumes diferentes dos povos que para cá vieram após 1500. Nos primeiros séculos da colonização, chegaram com os emigrantes além de uma cultura diferente, problemas de saúde e doenças desconhecidas dos habitantes que aqui viviam. As doenças que afetavam a população eram desde as mais simples, como indigestão, diarréias e picadas de vários insetos ou répteis, mas também havia a sífilis, a febre amarela, a varíola. As

duas últimas matavam muitas pessoas. Havia falta de médicos e cuidados com a saúde,

(...) remédios e mesinhas caseiras eram administrados pelas mulheres da casa apoiadas nos conhecimentos de uma mucamba mais experiente, ou pelos curandeiros, que sofreram nas malhas da inquisição sob acusação de praticarem sortilégios e feitiçarias. (ALGRANTI, 1997, p. 127).

Durante o período do império, quando o trabalho escravo passa a ser substituído pelo trabalho assalariado, a elite brasileira, segundo Siqueira (2002), constituída por bacharéis-advogados e juristas - e depois os “cientistas” - engenheiros, médicos, sanitaristas e educadores, investe num projeto de modernização para o Brasil. É quando se forma a cidade burguesa onde as famílias de maior poder aquisitivo se distanciam das famílias dos trabalhadores e os loucos passam a incomodar. A cidade que quer ser saneada também precisa retirar de seu meio essas pessoas que perturbam a ordem pública e para isso,

Em 1841, o imperador Pedro II assina o decreto de fundação do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospício D. Pedro II, que veio a ser inaugurado em 1852. A partir de então, os doentes mentais foram todos reunidos no Hospício D. Pedro II, cuja direção permaneceu, no entanto, confiada aos religiosos da Santa Casa de Misericórdia. (FREIRE COSTA, 1889, p.70).

Exclusão foi sempre a tendência da assistência psiquiátrica no Brasil, desde os primeiros tempos, como bem demonstra Resende, (1997), situando como marco histórico a construção do hospício D. Pedro II, bem afastado do centro da cidade do Rio de Janeiro,

“Aliás, sob a alegação da necessidade de se proporcionar aos doentes, calma, tranquilidade e espaço, tornou-se comum, nesses cem anos, isolar os hospícios em sítios afastados, alguns recuados para longe, tão logo o crescimento das cidades os deixava perigosamente próximos. (RESENDE, 1997, p. 38)

Outras instituições psiquiátricas surgiram no segundo reinado, conforme o quadro abaixo (ODA & DALGALARRONDO, 2005).

Quadro 1

| Província | Ano | Estabelecimento |
|-------------------|------------|--|
| São Paulo | 1852 | Hospício Provisório de Alienados de São Paulo (Rua São João) |
| Pernambuco | 1864 | Hospício de Alienados de Recife-Olinda (da Visitação de Santa Isabel) |
| Pará | 1873 | Hospício Provisório de Alienados (Belém, próximo ao Hospício dos Lázaros). |
| Bahia | 1874 | Asilo de Alienados São João de Deus (Salvador) |
| Rio Grande do Sul | 1884 | Hospício de Alienados São Pedro (Porto Alegre) |
| Ceará | 1886 | Asilo de Alienados São Vicente de Paula (Fortaleza) |

Primeiros estabelecimentos ditos exclusivos para alienados nas províncias, criados durante o Segundo Reinado. Conforme informações de Moreira, 1905 e Medeiros, 1977.

Nos primeiros 40 anos de criação dos hospícios, a doença mental no Brasil sofreu as conseqüências das relações de trabalho escravista sendo de certa forma vítima do não progresso. Já no momento seguinte, com a urbanização acelerada devido ao emergente capitalismo, as condições de vida da população pioraram muito trazendo “novos e graves problemas para os quais, na área da saúde mental, a psiquiatria das freiras, os asilos provisórios despovoados de médicos eram soluções de amadores”. (RESENDE, 1997, p. 42)

Logo após a proclamação da República se estabelece um marco divisório entre a psiquiatria empírica do vice-reinado e a psiquiatria científica. É neste

momento também, que o Estado passa a assumir a questão da saúde mental e em “1890, após a instauração da República, o Hospício D. Pedro II passa a chamar-se “Hospital Nacional dos alienados”, e é separado da administração da Santa Casa para colocar-se sob a tutela do Estado” (Freire Costa, 1989, p. 70).

A primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados é promulgada em 1903, no governo de Rodrigues Alves, sendo Juliano Moreira o diretor do Hospital Nacional. Segundo Freire Costa (1989) “a Psiquiatria ganha um novo ímpeto” e em “1934, o Decreto nº. 24.559, de 3 de julho, promulga a segunda Lei Federal de Assistência aos Doentes Mentais” (idem, p. 71). Todavia para este autor essas leis em nada mudaram a situação da assistência aos loucos no início do século XX. E é neste contexto que surge a Liga Brasileira de Higiene Mental – LBHM.

Com base nos Archivos Brasileiros de Higiene Mental, uma revista bimestral da década de 30, órgão de difusão das idéias da Liga, Freire Costa (1989) relata que a LBHM foi fundada no Rio de Janeiro em 1923, pelo Psiquiatra Gustavo Riedel com o objetivo de “melhorar a assistência aos doentes mentais através da renovação dos quadros profissionais e dos estabelecimentos psiquiátricos” (idem, p. 77). Era uma entidade filantrópica composta pela elite da psiquiatria brasileira. Após três anos de sua fundação muda seus objetivos que passam a visar à prevenção, à eugenia e à educação dos indivíduos. Porém o que mais se acentua é o ideal eugênico da Liga, por onde os psiquiatras penetram no terreno cultural e social. A eugenia, preocupação com a purificação da raça brasileira, foi trazida para o Brasil pelos chamados “intelectuais”.

Para esse intelectuais, uma das principais razões da crise atravessada pelo regime republicano encontrava-se nas condições naturais constitutivas do Estado brasileiro...O brasileiro não tinha podido promover o desenvolvimento harmônico do país porque o calor e a mistura com raças inferiores tinham-no tornado preguiçoso, ocioso, indisciplinado e pouco inteligente. Infelizmente, nada podia ser feito contra o clima. Em contrapartida, o problema racial ainda podia ser resolvido... A ordem republicana não podia mais, sob o pretexto de respeitar o contrato social democrático, aceitar a intrusão de negros e mestiços na sociedade dos homens livres. (Freire Costa, 1889, p. 82).

Já em Mato Grosso, segundo Oliveira (2005), em 1905 foi inaugurada a Enfermaria de Alienados na Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, primeira iniciativa local de atendimento médico aos alienados. Porém em 1908, esta já necessitava ser transformada em “enfermaria’/prisão onde pudessem ser recolhidos os enfermos sujeitos às perturbações mentais, pois em enfermaria livre tornava-se difícil evitar a fuga” (idem: 68). A partir deste momento começou a consolidação do terceiro período, aquele em que a sociedade reconhece o “louco” como paciente e passa a cobrar da família que busque a instituição que se diz cuidadora do “paciente” do ponto de vista da Medicina. Pinho (2007) relata que, em 1928, foi inaugurado um Pavilhão anexo à Santa Casa, que após muita discussão política, fora construído para o atendimento aos alienados e que, em 1931, foi inaugurado o Asilo dos alienados na região do Coxipó, para onde foram transferidos todos os alienados da cadeia pública. A partir de então, os loucos de Cuiabá já passam a ser afastados do centro da cidade.

Passamos agora a uma caracterização da rede de atenção em saúde mental no plano internacional e nacional.

1.4. Os sistemas de organização e cuidados em Saúde Mental

Apresentamos, abaixo, sob a forma de tópicos, as diretrizes gerais que delimitam como a Saúde Mental deve ser pensada pelos sistemas estatais de saúde. Pela sua importância política, estratégica e técnica, escolhemos como fontes das diretrizes, no plano internacional, a OMS e a OPAS e, no plano nacional, o próprio SUS.

1.4.1 Diretrizes da OPAS/OMS e declaração de Caracas

Assinalamos aqui as diretrizes mais gerais dos organismos que tratam da Saúde Mental na Atenção Básica e que, indiretamente, se correlacionam e direcionam o trabalho com as famílias.

No Relatório Sobre a Saúde no Mundo - 2001 a Organização Pan – Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS, 2001) enfatizam a importância que fatores genéticos, biológicos, sociais e ambientais desempenham no aparecimento de doenças da mente e do cérebro. “A compreensão de como são realmente inseparáveis a saúde mental e a saúde física e de como é complexa e profunda a influência de uma sobre a outra” (idem, p. 2001) leva seus componentes a renovar princípios defendidos na declaração de Caracas, quais sejam:

não deverá existir discriminação em virtude de doenças mentais; deve-se conceder a todo paciente o direito de ser tratado e atendido em sua própria comunidade; todo paciente deverá ter o direito de ser tratado num ambiente o menos restritivo, com o tratamento menos restritivo ou intrusivo. (OPAS/OMS, 2001, p. 13)

Isso por que, ainda segundo o referido relatório, em todo o mundo, 70 milhões de pessoas sofrem dependência de álcool, cerca de 50 milhões têm epilepsia, outros 24 milhões padecem de esquizofrenia e dentre 10 a 20 milhões de tentativas de suicídio, um milhão chegam a falecer. E ainda:

Segundo estimativas, uma em quatro famílias tem pelo menos um membro que sofre atualmente um transtorno mental ou comportamental. Essas famílias vêm-se obrigadas a não só proporcionar apoio físico e emocional, como também arcar com o impacto negativo da estigmatização e da discriminação presentes em todas as partes do mundo. (OPAS/OMS, 2001, p. 51)

Tendo em vista esta preocupação de que a pessoa com problema mental seja tratada com dignidade e respeito é que esses organismos de atuação internacional recomendam aos países membros maior investimento na Atenção Primária de Saúde garantindo, assim, atenção à saúde mental na comunidade a fim de se evitar grandes números de internações hospitalares. Aos gestores públicos da saúde cabe estabelecer

políticas, programa e legislação nacionais, garantir o acesso aos medicamentos psicotrópicos essenciais, formar recursos humanos e apoiar a pesquisa na área de saúde mental. Os gestores locais de saúde ficam com a incumbência de proporcionar educação em saúde para a população, envolver as comunidades, as famílias e os usuários nas decisões políticas, programas e serviços, criar vínculo com outros setores e monitorizar a saúde mental na comunidade (informação/indicadores de saúde mental).

1.4.2 Diretrizes no sistema de saúde brasileiro

O Sistema Único de Saúde – SUS, vigente no Brasil, se caracteriza pelos princípios de:

a) acesso **universal**, público e gratuito às ações e serviços de saúde; b) **integralidade** das ações, cuidando do indivíduo como um todo; c) **equidade**, como o dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças; d) **descentralização** dos recursos de saúde, garantindo cuidado de boa qualidade o mais próximo do usuário que dele necessita; e) **controle social** exercido pelos conselhos Municipal, Estadual e Nacional de Saúde com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores, organizações da sociedade civil e instituições formadoras. (BRASIL, 2004)

Ao SUS compete: I) controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II) executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III) ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde; IV) participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V) incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico; VI)

fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII) participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII) colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988).

Ao sinalizar acesso universal entendemos que o SUS está propondo que todas as pessoas no Brasil tenham o direito de cuidar de sua saúde com gratuidade e qualidade. Para tanto, os serviços de saúde precisam dispor de ações que dêem conta de cuidar do indivíduo como um todo, respeitando o direito e as diferenças de cada um. A descentralização tanto dos recursos como das ações viabilizando condições técnicas e proximidade do local de residência de cada família é essencial para melhoria na qualidade de vida possibilitando um melhor cuidado da saúde de todos. O controle social refletirá a forma e organização dos protagonistas deste processo.

1.4.3 O SUS, a família e as novas organizações\ sistemas de cuidados em Saúde Mental.

O sistema brasileiro de saúde vem apresentando mudanças importantes no decorrer do último século e, hoje, o Sistema Único de Saúde (SUS), oficial no Brasil, tem como princípios o atendimento universal, gratuito e de fácil acesso, proporcionando integralidade nas ações de saúde.

Como uma ação que reforça o papel do SUS, em 28 de março de 2006 foi publicada a Portaria Nº 648, a qual estabelece que o PSF seja a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica reafirmando os princípios básicos do SUS.

O PSF, segundo Teixeira (2005), foi formulado como um programa “vertical” a ser implantado nas regiões pobres do norte e nordeste. Foi reapropriado a partir do movimento de medicina familiar, estruturado em meados da década de 1960 nos Estados Unidos e redefinido para a realidade brasileira. O planejamento e implantação do PSF foram vistos como uma oportunidade histórica de promover mudanças no modelo de atenção à saúde em larga escala. Foi criado em 1994 como

programa e a partir de 1998 se consolida como estratégia estruturante de um modelo de atenção à saúde priorizando ações pautadas nos “princípios da territorialização, da intersetorialidade, da descentralização, da coresponsabilização e da equidade (...) em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS”.

Dessa forma, o PSF propõe um modelo de atenção à saúde, baseado na lógica da vigilância à saúde e qualidade de vida, com enfoque na família, incluindo desde a proteção e a promoção à saúde até o diagnóstico e o tratamento das doenças, tendo por referência um determinado território. É um serviço da Atenção Básica e conta com equipes compostas por: Médico, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Estes profissionais, para dar conta da proposta de trabalho devem ter um perfil que lhes possibilite conhecer e articular os recursos existentes na comunidade (escolas, grupos organizados, instituições governamentais e não governamentais). Devem ainda contar com o respaldo de uma rede de saúde com referência regionalizada, visando garantir-lhe, quando necessário, um suporte na complementação da assistência (SILVA & VIEIRA, 2006).

A reforma psiquiátrica, movimento que busca a mudança do modelo hospitalocêntrico para uma atenção psicossocial aos portadores de transtornos mentais, vem se estruturando, simultaneamente e seus princípios e diretrizes são comuns ao SUS, segundo os quais os cidadãos têm direitos à assistência, garantidos por legislação federal.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) define a rede de atenção à saúde mental como integrante do SUS, composta por CAPS, Serviço de Residência Terapêutica (SRT), Centros de Convivência, Ambulatório de Saúde Mental e leitos em Hospitais Gerais, com a característica de ser essencialmente público, de base municipal e com controle fiscalizador e gestor no processo de consolidação da reforma Psiquiátrica.

Quanto ao CAPS é um serviço público de saúde mental, que também deve funcionar de acordo com a lógica do território para atendimento a pessoas portadoras de transtornos mentais severos e persistentes. Trata-se, portanto de um recurso de assistência em Saúde Mental de base comunitária, substitutivo ao modelo hospitalocêntrico e fruto da reforma psiquiátrica em um formato “ambulatorial”. Esse serviço constitui uma estratégia do movimento nacional de transformação do modelo

asilar (médico-psiquiátrico) para o de atenção psicossocial. A proposta do CAPS corresponde a uma transformação da lógica de atenção e não somente de local de atendimento (hospital psiquiátrico X serviços extra-hospitalares). Nesse sentido, o CAPS é um dispositivo de assistência em saúde mental que tem a responsabilidade de organizar o cuidado à sua clientela levando em consideração os princípios da desinstitucionalização, integrando e articulando tanto a rede de cuidados em saúde como outras relações sociais; buscando produzir cidadania através do conhecimento técnico em conjunto com os saberes e percepções dos usuários, familiares e comunidade, proporcionando compreensão e alívio do sofrimento psíquico (SILVA e VIEIRA, 2006).

Tal como planejado no SUS, possui as seguintes modalidades de serviços, CAPS I, CAPS II e CAPS III, CAPSi (infantil) e CAPSad (álcool e drogas) regulamentados por Portaria Ministerial e definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Esses serviços têm a função de atender em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo.

- Os CAPS I devem ser implantados em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funcionar de segunda a sexta feira das 8 às 18 horas.
- Os CAPS II devem funcionar em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, abrir de segunda a sexta das 8 às 18 horas e ainda em um terceiro turno, até as 21 horas.
- Os CAPS III – foram planejados para municípios com população acima de 200.000 habitantes, devendo funcionar 24 horas, diariamente, inclusive feriados e finais de semana.
- Os CAPSi se destinam ao atendimento de crianças e adolescentes em municípios com população acima de 200.000 habitantes, funcionando de segunda a sexta-feira, das 8 às 18 horas, podendo ter um terceiro turno até as 21 horas.

- Os CAPSad são destinados ao atendimento de pessoas com problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e/ou outras drogas. Podem ser implantados em município com população acima de 100.000 habitantes, funciona de segunda a sexta-feira, das 8 às 18 horas e também podem ter um terceiro turno, até às 21 horas.

O objetivo do(s) CAPS(s) é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. As práticas realizadas nos CAPS se caracterizam por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004).

OS CAPS têm ainda as seguintes responsabilidades: 1) Organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; 2) Dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF, PACS (Programa de agentes Comunitários de Saúde); 3) Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; 4) Coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território; 5) Manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental. (BRASIL, 2004).

Vimos em Schrader (2007), que em base a dados da Secretaria Estadual De Saúde (SES, 2005a) nos mostra que o estado de Mato Grosso, situado na região Centro-Oeste do Brasil, possui uma área de 907.807 km². Conta com 141 municípios, com dezesseis regiões de saúde, sua população em 2005 era de 2.803.272 habitantes e seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,767. O Estado apresenta baixa densidade demográfica.

A autora descreve a implantação do PSF em Mato Grosso com início em 1996, mas se expandindo e se consolidando a partir de 1999. No período de 1995 a 2002, a permanência do mesmo governo por dois mandatos, possibilitou o

fortalecimento do papel do estado na cooperação técnica com os municípios e descentralização da assistência à saúde. O município de Cuiabá implantou em 01/06/1998 as quatro primeiras unidades de PSF. Em 2000 ampliou a rede implantando mais onze unidades.

A cobertura do PSF foi maior no interior do estado do que na capital. Enquanto no estado “no período de 2000 a 2001 houve um incremento significativo no número de equipes, que passou a cobertura de 15,2 % da população em 2000 para 32,7% em 2001” (Schrader 2007, p. 50), em Cuiabá, até 2001, havia apenas 16 equipes.

Enfim, vimos neste nosso capítulo de revisão teórico-histórica que ao longo da história da humanidade a loucura foi vista de várias formas de acordo com as características socioeconômicas e culturais de cada época. Dessa forma o tratamento dado a ela, dependia da visão de mundo que se tinha em cada período. Historiamos a relação da loucura com a família e focalizamos o papel da sociedade e dos serviços de saúde no processo de assistência. Passaremos no próximo capítulo a descrever o nosso processo de pesquisa com o objetivo de estudar como se dá na prática, o trabalho do CAPS na sua relação com o Programa de Saúde da Família.

CAPÍTULO 2

DESCREVENDO O PROCESSO DE PESQUISA NO CAPS E TECENDO CORRELAÇÕES COM O PSF

No presente capítulo apresentaremos a perspectiva metodológica utilizada nesta pesquisa. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de natureza geral qualitativa. O desenho metodológico proposto para a organização dos nossos materiais de pesquisa leva em conta que, no momento das análises (capítulo seguinte) a nossa leitura crítica da situação de trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial se baseará nas noções do dialogismo (análise dialógica do discurso) e da dialética (materialismo histórico).

Este capítulo está organizado do seguinte modo. Primeiramente, no item 2.1 intitulado **Perspectiva teórica**, apresentaremos as noções e conceitos que instrumentalizaram nosso desenho metodológico explicando as técnicas/dispositivos de coleta de dados e de ditos. No segundo momento, no item 2.2, intitulado **Organização e Desenvolvimento da Pesquisa de Campo**, apresentaremos as fases e dispositivos de coleta dos nossos materiais. No terceiro momento, no item (2.3), intitulado **A Pesquisa de campo**, descreveremos o processo de pesquisa nas seguintes fases descritas em sub itens: Preparação para a pesquisa de campo, entrada em campo, observação participante e coleta de materiais .

2.1 Perspectiva teórica

Dissemos anteriormente que para a organização do nosso desenho metodológico levamos em consideração a dialética e o dialogismo. Nesse sentido, se

faz necessário delimitar em que aspecto objetivo dessas duas noções ancora a organização da pesquisa de campo e, conseqüentemente, a leitura dos dados que daí advirão.

Segundo Sobral (2005, p. 11) “toda pesquisa que envolve o estudo dos atos humanos envolve dois planos, a saber, o dos fatos concretos”, que são aqueles que não se repetem e são “praticados por sujeitos concretamente definidos”, e o dos atos como atividade, ou seja, daquilo que há em comum, e que é, portanto, repetível entre os vários atos de uma dada atividade (mesmo quando a terminologia difere).

Para determinar em que campo de estudos do trabalho humano situamos nossa pesquisa, do ponto de vista da dialética, podemos dizer que faremos um estudo do “processo de trabalho” enquanto um dispositivo de fatos e atos concretos que se organiza em: a) Finalidade, b) Objeto, c) Instrumental de trabalho e d) Produto final (PIRES, 1999).

Do ponto de vista do dialogismo, o estudo considera que cada fase desse processo de trabalho em saúde não funciona isoladamente, mas se correlaciona no tempo e no espaço por meio das trocas verbais e não verbais que se estabelecem entre: de uma parte os objetivos da ação terapêutica de saúde, do indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, que necessitam de medidas curativas, de preservar a saúde ou prevenir doenças. De outra parte, dos instrumentos e das condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde; e da própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento em que é consumida.

Essas trocas ou interações implicam em desenvolvimento de sentidos do trabalho. Elas englobam os escritos do trabalho, as memórias do trabalho e as falas ‘do’ e ‘no’ trabalho. Tais dimensões são consideradas dialógicas e se articulam por meio de discursos que se filiam às ideologias do trabalho em saúde e do trabalho em saúde mental (MOURA-VIEIRA, 2003a). Nos estudos contemporâneos das situações de trabalho duas disciplinas têm se associado para conseguir articular dispositivos metodológicos que dêem conta de compreender a complexidade dialética e dialógica dos processos de trabalho: a Linguística Aplicada à situação de trabalho e a Ergologia da atividade de trabalho.

Em linhas gerais, uma situação de trabalho no campo da saúde humana é parte essencial do setor de serviços e pode ser compreendida conforme Pires, como sendo:

um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comerciável no mercado. O produto é indissociável do processo de trabalho que o produz, é a própria realização da atividade. A prestação do serviço - assistência de saúde – pode assumir formas diversas como a realização de uma consulta; uma cirurgia; um exame-diagnóstico; ações de cuidado e/ou conforto; orientações nutricionais, etc. Envolve basicamente, avaliação de um indivíduo ou grupo, seguida da indicação e: ou realização de uma conduta terapêutica (Pires, 1999, p. 29).

Entretanto, ao estudar uma situação de trabalho acrescentando os aportes da Ergologia e da Lingüística Aplicada amplia-se a concepção que se tem de materialidade como apenas fatos e atos concretos, para tomá-la como atividade em desenvolvimento, ou seja, fatos, atos e discursos concretos. Busca-se compreender que um trabalho no setor de serviços e, conseqüentemente no setor de saúde, também produz sentidos que se traduzem em uma materialidade lingüística que determina ações concretas no mundo real. Ou seja, o produto do processo de trabalho com a saúde sob o ponto de vista da perspectiva dialética e dialógica não é um produto “imaterial”, mas sim um produto complexo que tem nas produções discursivas e ideológicas, o núcleo das atividades e ações que influem e determinam as condições de saúde pessoais e coletivas em uma dada situação.

É nessa perspectiva dialógica que se pode compreender que as condutas tomadas na realização de uma consulta, um exame ou mesmo uma orientação, assumem no ato de sua realização, uma materialidade do fazer, ancorada na memória ideológica institucional da profissão envolvida, nos escritos e orais que prescrevem o que se deve e como se deve fazer tal atividade e no que efetivamente se faz a partir do diálogo entre os protagonistas da atividade (MOURA VIEIRA, 2004a). Ou seja, o

produto material da atividade de saúde está em constante desenvolvimento e transformação. O momento de uma atividade de grupo engloba no ato de fazê-la, além do que é norma prescrita, alguma coisa a mais que depende das condições contextuais existentes naquele local e naquele momento, que dialoga tanto com o ambiente e recursos socioculturais quanto com a história do profissional e da pessoa ou grupo que estiver constituindo a atividade de cuidado.

Concordamos com Schwartz (2007) que a relação entre linguagem e trabalho é antiga.

Podemos pensar que houve um “fazer” na humanidade, um fazer industrial, um fabricar que antecedeu a linguagem em talvez um milhão de anos. Não se sabe muito bem a partir de quando essa linguagem acompanhou todas as outras atividades e, evidentemente, a atividade do fazer. (Schwartz, 2007).

Segundo Brait (2006), os participantes do Círculo de Bakhtin, motivaram o nascimento de uma análise/teoria dialógica do discurso onde a prática linguageira permeia toda a atividade industrial, possibilitando “explicitar seu embasamento constitutivo, ou seja, a indissolúvel relação existente entre língua, linguagens, história e sujeitos que instaura os estudos da linguagem como lugares de produção de conhecimento de forma comprometida, responsável” (BRAIT, 2006, p. 10). A autora reflete que tal postura dos estudos da linguagem no processo das pesquisas sobre as atividades humanas:

(...) significa, de imediato, conceber *estudos de linguagem* como formulações em que o conhecimento é concebido, produzido e recebido em contextos históricos e culturais específicos e, ao mesmo tempo, reconhecer que essas atividades intelectuais e/ou acadêmicas são atravessadas por idiosincrasias institucionais e, necessariamente, por uma ética que tem na linguagem, e em suas implicações nas atividades humanas, seu objetivo primeiro. (BRAIT, 2006, p. 10).

A Ergonomia de situação (WISNER, 1997), escola disciplinar francesa que estuda as condições de trabalho destacou a diferença entre “Trabalho prescrito e Trabalho real”. A ergologia, uma nova disciplina que estuda mais detalhadamente a dialética e o dialogismo da atividade humana, como uma atividade constantemente laboriosa, complexificou a dicotomia entre prescrito e real. Swchartz (1997) propõe que, na prática da atividade, não se pode separar exatamente o que é prescrito e o que é real, mas se pode sim pensar que havia normas antecedentes (primeiro registro) que se modificam no momento da atividade em função dos valores ali investidos e renormalizaram o trabalho (segundo registro).

Levando-se em consideração a dimensão primeira do trabalho prescrito, Telles e Alvarez (2004) entendem o mesmo como:

Um conjunto de condições e exigências a partir das quais o trabalho deverá ser realizado. O trabalho prescrito inclui, portanto, dois componentes básicos: As condições determinadas de uma situação de trabalho (as características do dispositivo técnico, o ambiente físico, a matéria-prima utilizada, as condições socioeconômicas etc.) e as prescrições (normas, ordens, procedimentos, resultados a serem obtidos etc.) (TELLES & ALVAREZ, 2004, p. 67).

Quanto ao trabalho real, é entendido como um conjunto de condições que permitem ao trabalhador realizar uma atividade. O trabalho realizado nunca corresponde, na íntegra, ao desejado, previsto nas normas e regras, visto que, ao fazê-lo, o trabalhador, mesmo seguindo orientações prescritas, coloca sua criatividade em jogo para a efetiva finalização do seu trabalho. Nesse caso o trabalho real depende de outros fatores que podem variar de diferentes maneiras e intensidade. Segundo Telles e Alvarez (2004)

Ao se aproximar de seu objeto – o trabalho humano – em situações reais, a ergonomia mostrou que o trabalho efetuado não corresponde jamais ao trabalho esperado, fixado por regras,

orientado por objetivos determinados, segundo representações das condições de realização. Ao realizar a tarefa, a pessoa se encontra diante de diversas fontes de variabilidades: a do sistema técnico e organizacional (panes, disfuncionamentos, dificuldades de previsão), a sua própria variabilidade e a dos outros (fadiga, ritmicidade circadiana, efeitos da idade, experiência), e a do(s) coletivo(s) de trabalho pertinente(s). (TELLES e ALVARES, 2004, p. 71).

Já quanto ao primeiro e segundo registros, Schwartz (2007) esclarece que “toda organização humana, empresa, administração, hospital ou outra – pressupõe um mínimo de separação de tarefas”, o que corresponde ao que podemos chamar de “registro um”. Cita como exemplo os organogramas que são necessários para se saber quem é o responsável pela ação inicial e como se deve proceder ao longo do processo de realização da atividade. Já o “segundo registro” é a recriação, na atividade, dessas regras preliminares.

Para se fazer estudos na área da saúde mental humana, que está indissociavelmente ligada às dimensões biológica, psicológica e histórico-social, é necessário construir dispositivos metodológicos que abordem o objeto de estudo, no mínimo, no cruzamento destas perspectivas: da atividade e da linguagem, que chamamos de atividade linguageira. Segundo Oliveira et Alli (2005), uma vez que os CAPS se propõem a uma construção teórico-assistencial de “atenção psicossocial”, supõe-se uma necessidade ainda maior de ampliação dos olhares sobre o sofrimento mental e os recursos terapêuticos. Neste sentido, propõe-se, neste estudo, a construção de um desenho metodológico interdisciplinar, articulando as teorias do materialismo histórico e da análise dialógica do discurso.

Nos limites deste estudo, a análise dialógica será o instrumento privilegiado para acessar as características do discurso no modelo de cuidados em Saúde Mental que se apresenta no CAPS e que inclua o PSF na construção ideológica do saber e do fazer em “saúde mental”. A possibilidade de articular as dimensões de organização social do trabalho será dada pela perspectiva de análise histórico-crítica. Esta, devido às suas características metodológicas que recuperam as especificidades dos aspectos políticos, econômicos, culturais e sócio-históricos em âmbito local, regional e

nacional, possibilitará uma reflexão propriamente dialética (MINAYO, 2006), englobada na perspectiva de produção dialógica de sentidos ideológicos.

2.2 Organização e Desenvolvimento da Pesquisa de Campo

Organizamos a apresentação dos procedimentos de coleta de materiais, em duas vertentes: os dados prescritivos da atividade no CAPS e os ditos sobre essa atividade. A primeira (dados prescritos) corresponde aos documentos escritos (leis, normas, manuais, prontuários, etc.) e a segunda (os ditos), às observações da pesquisadora, aos questionários aplicados aos profissionais e às gravações, em áudio, de situações de trabalho e de comentários dos protagonistas da atividade sobre estas situações.

2.2.1 Fases da Pesquisa de campo

Tradicionalmente uma pesquisa de campo se constitui de algumas fases. No nosso caso organizamos a apresentação do processo de pesquisa em cinco fases, a saber: a1) Preparação para a entrada em campo; a2) Entrada em campo; a3) Observação participante: notas e descrições em diário de campo; a4) Coleta de dados prescritos escritos (documentos, normas, rotinas, outros...); a5) Dispositivos de coletas de dados da oralidade (em áudio): Entrevistas.

2.2.2 Protagonistas da pesquisa: os profissionais e usuários do CAPS estudado

O Ministério da Saúde define que os profissionais devem formar uma equipe multiprofissional de nível superior, médio e equipes de limpeza e cozinha de acordo com cada tipo de CAPS, e para o CAPS I, deve ser conforme quadro abaixo:

Quadro 2

| Tipo de CAPS | Tipos de profissionais que trabalham nos CAPS – Equipes Mínimas |
|--------------|---|
| CAPS I | <p>1 médico psiquiatra ou médico com formação formação em saúde mental.</p> <p>1 enfermeiro.</p> <p>3 profissionais de nível superior de outras categorias: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.</p> <p>4 profissionais de nível médio: técnico e ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.</p> |

Equipes mínimas de profissionais exigidas pelo MS, para o CAPS I (BRASIL, 2004, p. 19)

No caso do CAPS por nós estudado consideramos os protagonistas centrais e os coadjuvantes para a realização da atividade de saúde mental.

- Centrais: Profissionais da equipe do CAPS e do PSF, pesquisadora;
- Coadjuvantes: usuários do serviço, familiares e representantes da comunidade.

2.2.3. Cenários: os CAPS e os PSF's

O primeiro CAPS I de Cuiabá foi criado em 2001 para atendimento de pessoas com sofrimento psíquico severo. Foi a partir desta data que o discurso da assistência à saúde mental passa a circular de forma oficial entre os profissionais da rede de serviços do SUS. As primeiras quatro equipes de PSF foram implantadas em Cuiabá em (1986) e em 2000 ampliou para mais onze unidades, sendo que a maioria se instalou na região estudada. Hoje são 12 equipes¹¹ nesta região.

Consideramos, nesta pesquisa, o CAPS I como o nosso cenário principal e as equipes de PSF da sua área de abrangência como os cenários coadjuvantes, ou de

¹¹ PSF: 08 unidades de PSF, que comportam 12 Equipes de Saúde da Família – USF

referência. Esse cenário será retomado no próximo capítulo quando faremos as análises.

Passamos brevemente a ver o que dizem os prescritos sobre o cenário ideal para CAPS e PSF. Baseado na noção de território apresentada pelo MS, a rede de atenção à saúde mental deve ser organizada levando-se em conta todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer. Como vimos no capítulo anterior, possui as seguintes modalidades de serviços, CAPS I, CAPS II e CAPS III, CAPSi (infantil) e CAPSad (álcool e drogas) regulamentados por Portaria Ministerial e definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Esses serviços têm a função de atender em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo.

Os CAPS, dentro da atual política de saúde mental do Ministério da saúde, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Eles devem ser territorializados, ou seja, devem estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja etc.) daqueles usuários que os freqüentam. Deve ser um serviço que resgate as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos esses recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental (BRASIL, 2004).

Sabemos que durante muito tempo a pessoa com problema mental só encontrava atendimento em hospitais. Hoje, com a orientação da inclusão da atenção à saúde mental na atenção básica, vislumbra-se a perspectiva de uma mudança de modelo onde as pessoas possam ser cuidadas o mais próximo de sua residência e com mais dignidade. A atenção básica é formada pelos centros ou unidades de saúde locais e/ou regionais, pelo Programa de saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência.

De acordo com a figura abaixo, podemos observar que estão incluídos na rede de atenção à saúde mental: a Atenção Básica, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros:

Figura 1



Rede de atenção à Saúde Mental (BRASIL, 2004).

2.3. A Pesquisa de campo

Neste item faremos uma descrição objetiva da pesquisa de campo que realizamos no CAPS estudado. Como dissemos anteriormente trata-se de um estudo exploratório-descritivo desenvolvido no quadro geral do projeto Análise da

Efetividade das Práticas Terapêuticas dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Mato Grosso. Este estudo é um subprojeto associado ao Mestrado de Enfermagem que se concentra em um dos CAPS. Nesse sentido, o nosso projeto qualificado “o trabalho do Centro de Atenção Psicossocial nas suas relações com o Programa de Saúde da Família” é um dos subprojetos ramificados do projeto tronco e foi desenvolvido nos limites da proposta maior, mas com o objetivo principal de atender o que se espera de uma pesquisa de mestrado conforme as regras do Programa de Mestrado em Enfermagem da UFMT.

2.3.1 Preparação para a Pesquisa de Campo

Iniciamos os trabalhos em novembro de 2005, quando nos propusemos a participar da seleção para o curso de mestrado em enfermagem, produzindo um anteprojeto intitulado “O papel do centro de atenção psicossocial (CAPS) na sua área de abrangência”. Aprovados na seleção do referido Mestrado em Enfermagem e, em março de 2006, iniciamos o curso.

No primeiro semestre, entramos em contato com os primeiros conteúdos filosóficos e metodológicos nas disciplinas de Metodologia da pesquisa; Cidadania, ética e bioética em saúde e enfermagem, e Trabalho em saúde e enfermagem no contexto do SUS. No segundo semestre aprofundamos os conhecimentos na área de saúde mental com a disciplina Saúde Mental – cuidado e integração¹².

Aproximamo-nos também da proposta metodológica da nossa linha de pesquisa por meio da participação em palestras e eventos¹³, nos quais também apresentamos comunicações orais e pôsteres decorrentes dos estudos realizados no decorrer do segundo semestre.

¹² Disciplina ministradas pelos professores doutores Alice Oliveira e Marcos Moura Vieira.

¹³ Dentre estes citamos as palestras “A entrevista em situação de pesquisa: Prof. Dr^a. Vera Lúcia Albuquerque-UERJ; Palestra Pró-reitor da Pesquisa da UFMT: Dr. Paulo Teixeira e Dr^a. Sonia Lúcia Camargo; Avaliação em saúde - Prof. Dr^a. Maria Inês Baptistella Nemes; I Congresso Sul brasileiro de Saúde Mental e VI Encontro Catarinense de Saúde Mental; 1º Seminário Estadual de Enfermeiras Em Saúde Mental; I Colóquio Internacional de Análise do Discurso; VI Seminário de Linguagens – Linguagens: Meios, Formas e Práticas; I Seminário de Integração em ação: Ensino, Pesquisa e Extensão.

Ao longo dos dois semestres estivemos sob orientação individual e grupal regular e participamos de seminários de pesquisas¹⁴ coordenados pelo nosso orientador.

No processo de preparação e realização da pesquisa e na organização dos materiais levamos em conta a especificidade de pesquisas da área da saúde que utilizam aportes da Análise Pluridisciplinar das Situações de Trabalho (FRANCOIS, 1989; FAÏTA, 1997, 2005; SOUZA e SILVA & FAÏTA, 2002; MOURA-VIEIRA & FAÏTA, 2003, 2004; MOURA-VIEIRA, 2003a, 2003b, 2004a, 2004b; 2004c). Passamos, na seqüência, a apresentar e comentar as nossas fases de pesquisa.

2.3.2. O processo de preparação para a pesquisa de campo propriamente dita.

O trabalho de campo em pesquisa qualitativa, segundo Neto (2004), se apresenta como uma possibilidade de conseguirmos não só uma aproximação com aquilo que desejamos conhecer e estudar, mas também de criar um conhecimento específico, partindo da realidade presente no campo. Iniciamos, portanto, essa aproximação primeiramente através de contatos telefônicos, em outubro de 2006 com a gerente do CAPS , enquanto aguardávamos a formalização junto aos órgãos competentes – Secretaria Estadual e Municipal de Saúde/ Diretores/Gerentes dos CAPS.

De acordo com as diretrizes do treinamento qualitativo do PRATICAPS, a entrada em campo é o momento de se firmar o contrato de entrada oficial como pesquisador autorizado (MOURA-VIEIRA, OLIVEIRA & TERZIAN, 2006). Nesse sentido, no início do mês de outubro, os pesquisadores com subprojetos no projeto PRATICAPS e os estagiários e bolsistas, participaram de dois treinamentos, um referente à pesquisa de campo e à coleta dos dados qualitativos e outro referente à coleta dos dados quantitativos.

¹⁴ Destacamos os encontros mensais do Grupo CliAD, nos quais apresentamos e discutimos o andamento do nosso trabalho de pesquisa.

Foi então que no dia 24 de outubro de 2006 fizemos nossa primeira visita para apresentação do projeto de pesquisa e dos pesquisadores, conforme relatado no diário de campo.

É importante lembrar que essa visita antecipada ao CAPS que iríamos estudar, com a presença do orientador Professor Marcos Antonio Moura Vieira contribuiu muito para legitimar o trabalho de pesquisa naquela unidade, diferenciando o papel de pesquisadora do papel de funcionária do CAPS e mesmo da possibilidade de vê-la como ex-coordenadora de Saúde Mental do município, prevenindo mal-entendidos posteriores.

2.3.3. A entrada em Campo

Foi submetido ao conhecimento dos participantes da pesquisa (gerente, profissionais, usuários e familiares) o termo de consentimento livre e esclarecido, no qual consta o objeto de estudo, os objetivos de pesquisa, as estratégias e o modo de participação dos sujeitos no estudo (Anexos, II, III, IV). Garantindo também o anonimato e preservando o sigilo das informações coletadas, assim como assegurando aos sujeitos o direito de deixar de participar da pesquisa a qualquer momento em que assim o desejar.

2.3.4 Observação participante e coleta de materiais

Após a aquiescência dos órgãos responsáveis e da aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa, iniciamos o período de observação, no dia 10 de novembro de 2006.

Minayo (2006) considera observação participante como parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa. A técnica de observação participante se realiza através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para

obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos (NETO, 2004).

Foi utilizada como técnica a observação do processo de trabalho/terapêutico no CAPS tendo-se por base o Roteiro de Observação (Anexo V), durante um mês. As observações foram registradas em um diário de campo e digitadas para a composição de um banco de dados de observação deste CAPS .

2.3.4.1 Coleta de Dados Prescritos Escritos: Fontes de dados documentais

Como fontes dos dados prescritos escritos foram utilizadas leis, normas, manuais, prontuários, que listamos abaixo:

- Leis Federais pertinentes à saúde mental
- Portarias e outros documentos da área de saúde mental do Ministério da Saúde
- Documentos da Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso
- Documentos da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá
- Documentos do CAPS (Cuiabá) (Livros de Registro, Prontuários, Relatórios).
- Identificação, seleção e análise de outros documentos pertinentes.

Lembramos que a nossa compreensão de documentos prescritos os coloca como a fonte primária do sentido idealizado do que deveria ser a atividade que se desenvolverá no processo de trabalho que estes documentos regulamentam.

2.3.4.2 Coleta de dados da oralidade: Fontes de Dados Oraís

Utilizamos como fonte dos dados oraís (notas de observação de atividades e visitas, entrevistas e depoimentos), conforme listado abaixo:

- Entrevistas com os trabalhadores componentes das equipes dos CAPS
- Depoimentos dos usuários e familiares do CAPS
- Visitas domiciliares (atividade do CAPS)
- Visitas às equipes de PSF¹⁵ da área de abrangência do CAPS

Assinalamos que a nossa compreensão dos dados oraís os coloca como a fonte secundária do sentido, sempre na sua correlação com os prescritos e os projetos do que se deveria fazer e do que efetivamente se pode realizar.

2.3.5 O trabalho de campo propriamente dito

A pesquisa de campo propriamente dita foi realizada no período de 10 de novembro de 2006 a 11 de dezembro de 2006, no período matutino, a qual apresentaremos em três momentos: observação participante, coleta de dados prescritos escritos e coletas de dados da oralidade.

¹⁵ As visitas domiciliares acompanharam o cronograma de atividades do CAPS. Como a proposta do CAPS é de realizar uma atenção que não se restringe ao espaço físico da unidade ao obtermos o consentimento para realizar a pesquisa este engloba as atividades extra muros e as correlações entre os recursos mobilizados nos limites do SUS, incluindo aí as equipes de PSF do seu território. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da UFMT, conforme a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde, de outubro de 1996, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). Também foi autorizada pelo termo de consentimento assinado pelos protagonistas da atividade e participantes da pesquisa em diversos níveis (Secretário estadual de saúde, Secretários municipais de saúde, gerência do CAPS, profissionais da equipe, usuários e familiares).

2.3.5.1 Técnicas e Instrumentos para Coleta dos Dados

Comentaremos agora os dispositivos e ou instrumentos que utilizamos para operacionalizar a coleta de materiais escritos e orais.

2.3.5.1.1 Quanto aos dados Prescritos

Foram coletados de prontuários de todos os pacientes atendidos no CAPS, durante o mês de outubro de 2006, com busca ativa de dados demográficos, diagnóstico e modalidade de atendimento. Estes dados foram anotados em questionários desenvolvidos pelos pesquisadores seniores do projeto Praticaps, na forma de Ficha Censo paciente CAPS (Anexo VI) e Ficha Censo Paciente Intensivo CAPS (Anexo VII).

Assinalamos que nas fichas censo de paciente, que eram mais simples, acrescentamos a coleta da seguinte informação: “*Quem referenciou? (ninguém, P.S. F, internação, centro de saúde, outros)*”, que constava apenas na Ficha censo de Paciente Intensivo, que seria coletado apenas em 25% do total de pacientes intensivos pesquisados. Levando em conta a especificidade do nosso estudo, tal coleta foi realizada em 100% da amostragem o que representa uma importante informação quanto ao perfil de referência e contra-referência CAPS X PSF.

2.3.5.1.2 Dispositivos de coletas de dados da oralidade: entrevista individual e em grupos gravadas em áudio

Os dispositivos de coletas de dados orais, ou seja, falas em e sobre as situações de trabalho (conversas entre membros da equipe e com o pesquisador, por exemplo: gravação das entrevistas) e diálogos em atividades específicas desse trabalho (grupo, oficina, visita domiciliar).

Entrevista para Minayo (2006), é aquela tomada no sentido amplo de comunicação verbal, e no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico. Através da entrevista, conforme Neto (2004) o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada.

Realizamos entrevistas com os profissionais de nível universitário do CAPS estudado, à exceção do psiquiatra que referiu estar atendendo neste CAPS apenas há uma semana e evocou o seu direito de não ser entrevistado e o educador físico, que no momento da entrevista se encontrava de férias; com três técnicas de enfermagem, tomando por base o Roteiro para Entrevista gravada com os profissionais do CAPS (Anexo V) bem como com 4 usuárias e 4 familiares do CAPS, tomando por base o Roteiro para entrevista Gravada com Usuários e familiares do CAPS (Anexo VI). Assinalamos que, para dar conta da especificidade do nosso subprojeto acrescentamos questões específicas ao nosso objeto de pesquisa. Tal ajuste é comentado por Rocha et al (2004) ao tratar das entrevistas no espaço da pesquisa acadêmica. No roteiro de entrevistas dirigido a profissionais, perguntamos: *Como você percebe a relação do CAPS com o PSF*, e no roteiro de entrevista com os usuários/familiares: *Como você percebe e/ou vivenciou a atenção entre o CAPS e o PSF?*

Assinalamos, ainda, que as entrevistas foram gravadas, após o consentimento prévio dos participantes e transcritas na íntegra, e que posteriormente, todo o material produzido a partir destas técnicas de coleta será sistematizado e irá compor um banco de dados disponibilizado para a comunidade científica.

Neste capítulo, partindo das noções da dialética e do dialogismo descrevemos o caminho que percorremos para realizar este estudo. Assinalamos as fases de pesquisa geral e da pesquisa de campo propriamente dita. Indicamos como compreendemos os ditos e dados, bem como a dimensão dos escritos e dos orais, conforme a relação que estabelecemos com as dimensões prescritas e reais do processo de trabalho. No capítulo seguinte passaremos a uma análise desses materiais procurando identificar no discurso que circula no trabalho do CAPS em sua

relação com o PSF quais os sentidos produzidos na realização das atividades de articulação da assistência em saúde mental, levando em consideração, dentre outros princípios, o princípio de territorialização do SUS.

CAPÍTULO 3

UMA ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE TRABALHO ENTRE O CAPS E O PSF

Vimos no decorrer desta dissertação que o sistema de saúde brasileiro vem apresentando mudanças importantes no decorrer do século XX e entrou no século XXI tendo o Sistema Único de Saúde (SUS) como a rede oficial, com princípios e diretrizes voltados para a atenção integral à saúde de sua população. As mudanças de estruturação do sistema de saúde têm ocorrido de acordo com o contexto histórico, social e político de cada período e nos últimos anos no Brasil e em Cuiabá, houve um aumento significativo de serviços de saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico.

Neste capítulo vamos analisar como vem ocorrendo a inclusão da saúde mental na atenção básica e a efetivação das práticas assistenciais em Saúde Mental, nos marcos da Reforma Psiquiátrica, articulando o Programa Saúde da Família (PSF) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Apresentamos as análises da situação de trabalho observada no CAPS estudado, a partir da retomada da descrição da nossa pesquisa de campo, articulando os planos enunciativos dos ditos e dos dados, na tensão entre o trabalho prescrito e o trabalho realizado, ao tempo em que tecemos comentários e fazemos reflexões sobre o processo de trabalho no CAPS estudado.

Lembramos que o nosso objetivo geral neste estudo é compreender como o trabalho da equipe de saúde mental do CAPS, nos marcos da reforma psiquiátrica e do SUS, se correlaciona com o PSF. Para isso, procuramos mais especificamente descrever o funcionamento do CAPS estudado; identificar como o profissional deste CAPS articula, na prática, a assistência à saúde mental com as equipes de PSF de origem dos usuários; identificar como os familiares participam da assistência à saúde mental prestada por este CAPS e como percebem sua articulação com o PSF do seu

bairro e, finalmente, analisar em que medida o trabalho planejado oficial e formalmente (trabalho idealizado e esperado) se efetiva na prática cotidiana (trabalho real) atendendo ou não aos prescritos institucionais.

Para tanto este capítulo está organizado em três partes. Na primeira, item **3.1, O processo dialético do trabalho**, apresentamos a nossa compreensão de processo de trabalho acompanhando a perspectiva teórica de alguns autores que se dizem vinculados a uma concepção marxista do processo de trabalho (Cite os autores aqui...) . Na segunda, item **3.2, O processo dialógico do trabalho**, assinalamos a questão da ideologia associada à teoria dialógica bakhtiniana e apresentamos uma primeira aproximação dos valores ideológicos mobilizados no diálogo entre o CAPS e o PSF. Na terceira, procedemos a uma análise da situação de trabalho instaurada entre o CAPS e o PSF, recorrendo aos aportes da Análise Pluridisciplinar das Situações de Trabalho. Nesse sentido retomamos algumas situações de atividades numa seqüência espaço-temporal e acompanhamos o movimento do diálogo a partir de exemplos descritivos dos materiais, ao tempo em que fazemos uma confrontação entre alguns deles. Por fim, no item **3.3, Uma análise da situação de trabalho entre o CAPS e o PSF**, fazemos uma reflexão crítica sobre os avanços e limites da articulação entre a estratégia do Programa de Saúde da Família e do CAPS, a partir da análise dialógica das instâncias do processo de trabalho vistas sob a perspectiva da análise pluridisciplinar das situações de trabalho.

3.1 O processo dialético do trabalho

Para verificar como tem ocorrido a articulação das propostas e ou experiências que buscam realizar a integração da saúde mental na atenção básica é preciso inicialmente colocar como vamos compreender os elementos do processo de trabalho que analisaremos.

Os elementos do processo de trabalho em saúde foram organizados por Pires, (1999) com base em Marx, como sendo correlatos a quatro instâncias: a) Finalidade, entendida como aquilo que determina a ação terapêutica de saúde; b) Objeto,

considerado como o indivíduo, grupos doentes, sadios ou expostos a risco que se encontram na situação de demanda de cuidado, ou seja, necessitando de medidas curativas ou de preservar a sua saúde ou ainda de prevenir-se de ser acometido por doenças; c) Instrumental de trabalho, especificado como os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento no ou com o qual se investe um saber de saúde; d) Produto final, descrito como a própria prestação da assistência à saúde que é produzida no mesmo momento em que é consumida (PIRES, 1999).

Quando um processo de trabalho é conhecido e discutido pelos protagonistas da atividade, tal reflexão facilita a participação e responsabilização, tanto dos profissionais como dos usuários. Modificando um dos elementos do processo de trabalho podemos dar início na mudança das práticas. Em uma revisão que realizamos sobre estudos que refletiam sobre experiências em serviços substitutivos ao modelo asilar, verificamos como tem ocorrido a articulação das propostas e ou experiências que buscam realizar a integração da saúde mental na atenção básica. A nossa revisão explicita que as dificuldades encontradas na efetivação e continuação das experiências desenvolvidas dependem do estágio de desenvolvimento técnico-político dos trabalhadores, usuários e gestores dos serviços de saúde (SILVA & MOURA-VIEIRA, 2007).

Adiantamos que, em nossa aproximação analítica do processo de trabalho no CAPS estudado, vamos considerar finalidade e objeto como característicos do nível prescritivo da atividade de trabalho; e instrumental de trabalho e produto final como característicos do nível do trabalho realizado.

Nesse sentido, objetivos e finalidades são inicialmente prescritos no plano estatal ou federal (legislação, propostas de políticas de saúde, manuais e normas operacionais do Ministério da Saúde). Em linhas gerais os CAPS têm como finalidade a ação terapêutica em saúde mental, ou seja, atuar proporcionando diminuição do sofrimento psíquico a pessoas que apresentam agravos severos ou persistentes à sua saúde mental e seus familiares. Seu objeto de trabalho é o indivíduo em sofrimento psíquico em suas dimensões biopsicossociais.

Embora na nossa análise consideremos os instrumentos de trabalho e a finalidade a partir da observação e descrição do trabalho realizado, estas instâncias

também são previstas do ponto de vista prescritivo. As diretrizes para o processo de trabalho em saúde mental indicadas pelo SUS prevêm que se deve empregar como instrumentos de trabalho o conhecimento técnico nas áreas de psicoterapia individual ou em grupos, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares para que se possa obter como produto final uma prestação de cuidados baseada em um projeto terapêutico individual constando de: “um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades” (BRASIL, 2004, p. 17).

No item seguinte passamos a colocar as bases do que consideramos como aportes dialógicos na percepção do processo dialético do trabalho apresentado acima, ou seja – como vamos associar as instâncias prescritas de finalidades e objetivos (que englobam “prescritivamente os instrumentos indicados e o produto final esperado do trabalho”.) com a instância do trabalho realizado com os instrumentos de trabalhos disponíveis e com o produto do trabalho efetivamente feito.

3.2. O processo dialógico do trabalho

Entendemos a noção de ideologia, conforme apresentada nos trabalhos do Círculo bakhtiniano, como “todo o conjunto dos reflexos e das interpretações da realidade social e natural que tem lugar no cérebro do homem e se expressa por meio de palavras [...] ou outras formas sígnicas” (BAKHTIN/VOLOSHINOV, 1929/1992, p. 117). É nesse sentido que, para Bakhtin, a palavra é o signo ideológico por excelência. Ou seja, as palavras marcam os valores com os quais os protagonistas da atividade concebem a sua realidade. Miotello (2005, p. 176), coloca que:

a ideologia é o sistema sempre atual de representação de sociedade e de mundo construído a partir das referências constituídas nas interações e nas trocas simbólicas desenvolvidas por determinados grupos sociais organizados. É então que se poderá falar do modo de pensar e de ser de um determinado grupo social organizado, de sua linha ideológica, pois que ele vai apresentar um núcleo central relativamente sólido e durável de sua orientação social, resultado de interações sociais ininterruptas, em que a todo o momento se destrói e se reconstrói os significados do mundo e dos sujeitos. Se poderá então dizer: o Mundo sempre novo, que se dá na ressurreição plena dos sentidos. (MIOTELLO 2005, p. 176).

A dimensão ideológica compreendida como a dos valores investidos pelos profissionais de saúde mental no seu processo de trabalho, tem uma relação estreita com nossas questões de pesquisa que se propõem a esclarecer como estes profissionais incorporam os princípios da reforma psiquiátrica. Destacamos que não se trata apenas de procurar ouvir o que os profissionais dizem ser os seus valores ideológicos, mas de compreender qual ideologia o coletivo de profissionais de saúde mental, a equipe, assume na situação cotidiana de trabalho no CAPS. Nesse sentido assinalamos que a fala não é a única forma de comunicação, uma vez que os gestos e os objetos materiais do trabalho passam a incorporar valores signícos de determinados grupos sociais ao longo da história do trabalho naquele serviço. Pensamos que a busca por uma possível resposta para essa questão antecede as duas outras questões norteadoras deste estudo¹, pois ajudarão a compreender como as equipes do CAPS e do PSF se posicionam, na prática, em relação à complexidade dos níveis de atenção primária X secundária.

Falamos anteriormente de duas ideologias que marcam a arena de lutas no processo de trabalho contemporâneo em saúde mental: a ideologia biomédica e a ideologia biopsicossocial. Passaremos agora, a partir de uma aproximação do sentido ideológico indicado por algumas palavras utilizadas no trabalho do CAPS, a instituir as bases discursivas, ou seja, valorativas, que permeiam o processo de trabalho que será analisado no item 3.3. Nossa idéia, ao recorrer a essa concepção de ideologia, é

¹ As outras duas questões São: a primeira, *Como os profissionais de saúde pensam a atenção à saúde mental na Atenção Básica?* e a segunda, *Qual é a relação de trabalho do CAPS com as equipes de Saúde da Família?*

identificar o conjunto de palavras e signos que marcam os valores hegemônicos no processo de trabalho entre o CAPS e o PSF.

3.2.1 Palavras e expressões indicadoras de posição ideológica

A análise preliminar dos materiais advindos da dimensão prescrita nos escritos *sobre* o trabalho nos CAPS (arquivos) e das falas e escritos *do* trabalho do CAPS (prática languageira), nos possibilitou mostrar, a partir dos discursos dos profissionais das equipes de saúde do CAPS e PSF, aspectos ideológicos que passam despercebidos no cotidiano do seu trabalho e que são componentes importantes para manutenção ou mudança de práticas de assistência (SILVA & MOURA-VIEIRA, 2006).

Podemos constatar que nos arquivos o emprego das seguintes palavras e ou expressões: “usuário”, “crise”, “sofrimento psíquico”, “cuidados extra-hospitalares”, “atenção biopsicossocial” e “inserção da saúde mental no PSF” é recorrente. Tais palavras, tomadas como signos ideológicos, pertencem ao campo discursivo da ideologia psicossocial e caracterizam a idéia de uma nova forma de prestar cuidados às pessoas com sofrimento mental.

Já nos ditos registrados das práticas languageiras observadas nas atividades diárias do CAPS as palavras mais recorrentes são: “paciente”, “surto”, “doença mental”, “tratamento medicamentoso”. Não se nomeia um modelo diretamente, seja biomédico ou psicossocial, mas as palavras recorrentes, se tomadas como signo ideológico, pertencem ao campo da ideologia biomédica.

Nessa primeira aproximação, muito simples, que se deu pela marcação do uso de palavras percebemos que, na superfície enunciativa (no que foi escrito e dito) o CAPS é assumido nos “arquivos” do SUS como o centro do sistema substitutivo e se enuncia signatário da Reforma Psiquiátrica; embora, no seu discurso e prática cotidiana, adote premissas do modelo biomédico e se coloque como do campo da atenção secundária. Retendo essa aparente contradição entre o campo da prescrição oficial e o campo do dito na situação de trabalho, ou seja, em linhas gerais, das finalidades e objetivos biopsicossociais e dos instrumentos e dos produtos

biomédicos, passamos, no item seguinte a analisar uma seqüência de atividades de trabalho, observada e registrada no momento da pesquisa de campo, que serve como material para a análise do que se constituiu como trabalho real naquele espaço e tempo dados.

3.3 Uma análise da situação de trabalho entre o CAPS e o PSF

Nesse novo passo da nossa análise, mobilizamos conceitos operatórios da dialética e do dialogismo sob a forma de uma Análise pluridisciplinar da situação do trabalho no CAPS estudado. Como vimos no capítulo anterior, a situação de trabalho neste CAPS foi observada durante quatro semanas (10 de novembro de 2006 a 11 de dezembro de 2006 em cada jornada diária de trabalho).

A proposta central desta parte mais aprofundada da nossa análise é buscar responder *Como os profissionais de saúde pensam/realizam a atenção à saúde mental na Atenção Básica e Qual é a relação de trabalho do CAPS com as equipes de Saúde da Família*. Para tanto, recorreremos aos postulados da Análise Pluridisciplinar das Situações de Trabalho - APST, mais especificamente às reflexões teórico-práticas sobre o trabalho e a atividade, advindos de pesquisas em situação de trabalho em suas diversas formas (SCHWARTZ E FAITA, 1985; SOUZA E SILVA E FAITA, 2000); e também do trabalho com a saúde (FRANÇOIS 1989; FRANÇA, 2002; MOURA-VIEIRA 2002, SAMPAIO ET AL, 2004).

Com base nos estudos desenvolvidos na interface da Ergonomia, da Ergologia e da Lingüística Aplicada às Situações de Trabalho entendemos que para analisarmos uma situação de trabalho devemos levar em conta a prática da atividade e o discurso como sendo indissociáveis. Ao serem retomados em uma análise científica ou profissional, uma grande distância separa o que foi a atividade real, acontecida num espaço e tempo dado e o que é a retomada dessa atividade pelo discurso buscando entender e descrever o que é (foi) o processo de trabalho.

Isso quer dizer que os estudos da APST reconhecem que, ao falar de Análise de Processo de Trabalho, estão conhecendo e analisando apenas uma ínfima parte da

complexidade que foi a situação em que a atividade se desenvolveu. Nesse sentido só podemos compreender o(s) discurso(s) do trabalho e a atividade, se englobarmos, ao mesmo tempo, a palavra dita e a situação extra-verbal (parte atualizada pelo contexto e parte subtendida) que a entornam (MOURA-VIEIRA, 2004a, p. 9).

Para compreender como se dá a relação de trabalho entre a equipe de trabalho do CAPS estudado e as 12 equipes de PSF da sua área de abrangência é preciso estudar como os profissionais e os usuários desses serviços vivenciam a assistência em saúde mental. Isso será possível através da confrontação entre os materiais prescritos (leis, normas, manuais, prontuários), dados orais advindos de entrevistas e a observação do trabalho realizado.

A retomada discursiva dos traços da atividade real se dá por meio da contextualização espaço temporal do CAPS estudado. Nesse sentido, retomaremos a nossa descrição de pesquisa e, ao tempo em que reconstruiremos a história da nossa pesquisa de campo, vamos analisar os materiais enunciativo-discursivos (observações, escritos, falas) em sua correlação entre si e com o contexto ampliado.

3.3.1 Contextualização do CAPS no tempo e espaço

Como assinalamos anteriormente, a nossa pesquisa se concentra em uma região da cidade de Cuiabá, capital do Estado de Mato Grosso, em um dos quatro distritos da região metropolitana, que será abordado, nesta reflexão, na condição estrita de possuir um CAPS I e 8 unidades do PSF. Trata-se, portanto de uma das áreas metropolitanas com maior cobertura de equipes de saúde da família neste município, num total de 12 equipes. São quatro unidades com duas equipes funcionando no mesmo prédio. As outras quatro equipes estão instaladas em unidades individuais. Tal configuração nos fez optar por este CAPS como local de pesquisa.

Assinalamos ainda que este foi o primeiro CAPS de Cuiabá, sob gestão municipal, implantado em agosto de 2002 e único até 2004. Sua área de abrangência concerne diretamente a cinco grandes bairros metropolitanos e a mais de 60

bairros circunvizinhos, com uma população de, aproximadamente, 100.000 habitantes.

Em 2002, com a implantação do primeiro CAPS sob gestão municipal, a demanda era maior do que a oferta de atenção. Havia dificuldades tanto de acesso geográfico (localização e a precariedade do transporte) como de acesso ao atendimento pela equipe. Apenas aquele CAPS do tipo I não dava conta de atender a uma população de 483.346 habitantes² (indicado para 20 a 70 mil h). Se seguíssemos a regra à risca precisaríamos de mais alguns CAPS para dar conta desse atendimento: CAPS I, II ou III.

Para contextualizar a rede do SUS pública e conveniada desse território listamos abaixo os seus serviços e equipamentos correlacionados ao nível de complexidade da assistência:

a. Atenção Básica

- Dois Centros de Saúde
- 12 Equipes de Saúde da Família
- Dois Centros Odontológicos Regionais

b. Atenção Secundária

- Uma policlínica
- Um CAPS I
- Cinco residências terapêuticas

c. Atenção Terciária

- Uma unidade de Internação destinada a pessoas com dependência química (álcool e/ou outras drogas)
- Um hospital filantrópico
- Um hospital privado

² Perfil socioeconômico de Cuiabá – volume III. Instituto de Planejamento e Desenvolvimento Urbano – IPDU, 2007, p. 68.

d. Atenção Complementar

- Centro de Convivência para idosos – Serviço de permanência diurna para pessoas acima de 60 anos onde são desenvolvidas atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania.
- Um Instituto dos cegos
- Uma Associação para pessoas portadoras de necessidades especiais.

Observamos que o CAPS estudado está listado como atenção secundária que deve abranger bairros que guardam entre si uma grande distância geográfica. Tal situação implica em dificuldades de acesso devido à deficiência no transporte coletivo urbano e à grande variação da população de cada bairro onde as unidades de Saúde da Família estão localizadas.

Ao iniciarmos os contatos para dar início ao trabalho de campo pudemos perceber que este CAPS, sendo o primeiro implantado sob gestão municipal, se encontrava em dificuldade na questão de gerenciamento e administração de recursos humanos, conforme constatado nos relatos de diário de campo apresentados abaixo.

Quando fizemos o primeiro contato telefônico havia uma gerente, que foi muito receptiva, conforme observamos no excerto 1:

Excerto 1: Diário de campo - 16/10/2006 (segunda-feira)

Fiz o primeiro contato, por telefone, com a gerente do CAPS estudado, quando foi agendada nossa visita de apresentação (professor Marcos e eu) para o dia 23/10/2006 às 09h00min. A gerente foi receptiva, perguntando se eu precisava que ela separasse prontuários. Disse a ela que não, pois seria apenas para nos apresentar e informarmos sobre o projeto de pesquisa que está sendo desenvolvido pela UFMT, do qual eu participo como aluna do Mestrado da Enfermagem, orientanda do professor Dr. Marcos Antonio Moura Vieira.

Já no segundo contato a mesma se encontrava de licença médica e no terceiro, houve uma troca de gerência, conforme excertos 2 e 3:

Excerto 2: Diário de campo - 18/10/2006 (Quarta-feira)

Liguei no CAPS estudado, para adiar a reunião, pois tínhamos no mesmo horário uma reunião de orientação do mestrado. Fui informada via telefone pela agente administrativa que a gerente se encontrava de licença médica e que eu deveria ligar na segunda-feira (23/10/2006) novamente, para confirmar quando ela poderia nos receber.

Excerto 3: Diário de campo - 23/10/2006 (segunda-feira)

Liguei para confirmar nossa visita e fui informada pela Auxiliar de Enfermagem responsável pelas residências terapêuticas que havia outra gerente. Falei com a nova gerente que se prontificou a nos receber no dia seguinte (24/10/2006 às 9 horas).

Seguindo as etapas propostas para a pesquisa de campo, realizamos nossa primeira visita ao CAPS estudado para formalização da nossa entrada em campo³. Nessa visita fizemos a apresentação oficial do projeto de pesquisa PRATICAPS e assinalamos que também realizaríamos a nossa pesquisa de mestrado, conforme podemos observar no excerto 4, a seguir:

Excerto 4: Diário de campo 24/10/2006 (terça-feira)

Ao chegarmos ao CAPS estudado, às 9h15min, o professor Marcos e eu encontramos o portão encostado (sem cadeado). Entramos e encontramos duas agentes administrativas e o vigilante na recepção. Não havia nenhum usuário. Uma das agentes nos informou que estava acontecendo uma reunião dos funcionários com a gerente. Ela chamou a gerente que nos recebeu muito bem. Falou que estava iniciando como gerente nesta semana e por isso o CAPS estava sem atividade. Estava fazendo um levantamento da situação da unidade para poder tomar pé da situação.

Entregamos a ela uma cópia do resumo do projeto PRATICAPS e informamos que neste momento o objetivo era colocá-la a par de que se trata de um projeto de pesquisa que está em andamento e sendo realizado pela UFMT. Que é um projeto de avaliação dos CAPS de MT. Que a SES é parceira, está trabalhando junto, mas que a responsabilidade é dos pesquisadores da UFMT. O projeto já passou pelo comitê de ética e que após a assinatura do Secretário Municipal de Saúde de Cuiabá, iríamos trazer os termos de consentimento (mostramos quais são) para a gerente e os profissionais conhecerem e assinarem. Este termo garante aos participantes da pesquisa que nenhuma informação será divulgada sem o consentimento dos mesmos.

³ Além das reuniões de treinamento do grupo geral (Praticaps) em que participaram conosco as mestrandas de enfermagem orientadas pela professora Alice Oliveira, Inês Athaíde e Cida Milhomen, fizemos também uma preparação por meio de reuniões com o grupo de estudos CliAD, sob orientação do Prof. Dr Marcos Moura-Vieira e participação das mestrandas Izabella Rocha, do mestrado em Enfermagem e Auxiliadora Vieira Filha e Claudia Negreiros, do mestrado em Estudos da Linguagem. Todas com trabalhos associados aos CAPS.

3.3.2 Analisando o processo de coleta dos dados escritos

A partir do dia 11 de novembro de 2006 iniciamos o trabalho de campo propriamente dito. Percebemos que não seria possível realizar a coleta de dados quantitativos (ficha senso dos pacientes) e fazer a observação em uma semana, como fora orientado em reuniões de treinamento do PRATICAPS, pois havia ali uma situação peculiar decorrente de decisões da Gestão da Saúde Mental no município de Cuiabá. Naquele período, tanto o CAPS estudado, como os demais serviços de saúde mental no município, estavam funcionando em apenas um turno (manhã), conforme excerto 5:

Excerto 5: Diário de campo 10/11/2006 (sexta-feira)

(...) “Ela (a gerente) informou que a SMS determinou o funcionamento dos CAPS apenas no período da manhã a partir de hoje”.

Embora tenhamos seguido um treinamento para coleta de dados quantitativos e qualitativos, a prática da realização desta atividade como pesquisadora mostrou-se muito árdua e levamos mais tempo que o previsto para entender a ordem de registro e arquivamento de informações. Outra questão que contribuiu para o aumento do tempo da coleta de dados quantitativos foi a não existência de uma relação nominal dos pacientes atendidos em cada mês. No decorrer da observação participante e da coleta de dados, observamos que o processo de organização de controle e/ou fluxo de pacientes era muito precário e tivemos que fazer ajustes no direcionamento de nossas buscas para dar conta da obtenção das informações. Conforme o excerto 6:

Excerto 6: Diário de campo 16/11/2006 (quinta-feira)

Nesta data ainda não tínhamos o número de pessoas atendidas durante o mês de outubro. A Téc de Enf., que é responsável para consolidar os dados mensais, afirmou que não há uma relação nominal das pessoas atendidas durante cada mês. Decidimos então que trabalharíamos com as informações das APACs (...)

Ao solicitar a relação das APAC(s) pensávamos que – posto que essas Autorizações de Procedimento de Alta Complexidade são fundamentais para o

balanço financeiro do CAPS – encontraríamos informações atuais que nos ajudariam a ter uma idéia do número total de pacientes atendidos no mês. Nesse momento também constatamos, com grande surpresa, que embora as APACs existissem, elas não apresentavam uma correlação entre aquelas APACs geradas em um determinado mês e os atendimentos efetivamente realizados naquele mês. Vejamos o relato no excerto 7, abaixo:

Excerto 7: Diário de campo 16/11/2006 (quinta-feira)

(...) Solicitei a relação das APACs que foram geradas no mês de agosto, setembro e outubro, já que as mesmas têm validade por três meses. Só encontraram as do mês de outubro. Certifiquei com a agente administrativa, que digita as mesmas, e ela me confirmou que não foram geradas APACs nos meses de agosto e setembro. Em 01/10/2006 foram renovadas as já vencidas e em novembro serão feitas as novas e renovadas as vencidas. Encontramos 68 formulários de Emissão de APAC devidamente preenchidos e autorizados, através de um carimbo constando o seguinte:

CENTRAL DE REGULAÇÃO
SUS
EXAME AUTORIZADO
APAC n°...**Preenchido...**
Senha n°...**Em branco...**
Validade 01/10/06 à 31/12/06

Assinatura: **carimbado e assinado**

Com base na nossa pesquisa das APACs, seguindo as orientações da agente administrativa encontramos os 68 formulários autorizados, assim distribuídos:

Quadro 3:

| MODALIDADE | Nº. |
|-------------------|------------|
| Intensivo | 11 |
| Semi intensivo | 23 |
| Não intensivo | 34 |
| TOTAL | 68 |

Número de usuários atendidos no CAPS estudado, por modalidade de tratamento no mês de outubro de 2006.

Observamos que não foi encontrado o prontuário de um dos usuários da lista das APACs. Portanto, efetivamente, coletamos as informações quantitativas referentes a 67 prontuários. Observamos ainda que, ao coletar os dados desses 67 prontuários, pesquisamos os dados de referência/contra-referência em todos eles. Observamos então que a maioria foram encaminhados por outros meios que não os da Rede SUS. Especificamente quanto aos PSF, encontramos apenas três encaminhamentos. Ver quadro abaixo:

Quadro 4

| QUEM REFERENCIOU? | N. |
|--------------------------|-----------|
| Ninguém | 18 |
| P S F | 03 |
| Internação | 13 |
| Centro de Saúde | 01 |
| Outros | 34 |
| TOTAL | 67 |

Número de pacientes referenciados ao CAPS estudado por serviço de referência, no mês de outubro de 2006.

Essa informação nos indica que, pelo menos do ponto de vista dos escritos formais, não há um hábito do PSF em referenciar casos de Saúde Mental para o CAPS estudado. Mais à frente procuraremos saber, por meio das informações coletadas nos escritos em prontuários e nos ditos em entrevista, se na prática diária da atenção essa correlação se dá de alguma outra forma. Introduzindo a questão da percepção dos profissionais da equipe de saúde mental com as unidades dos PSF(s) passaremos a seguir a abordar os escritos em prontuário.

3.3.3. Confrontando os ditos em entrevistas

Quando perguntamos aos profissionais “Como vocês percebem a relação do CAPS com o PSF?” obtivemos como respostas e comentários enunciados que abordaram a questão dos encaminhamentos⁴, conforme os excertos 8, 9, 10 e 11 que passaremos a comentar.

No excerto 8, a técnica de enfermagem recupera a história de uma aproximação entre o CAPS e o PSF para a combinação oral de como deveria ser realizada a correlação entre os dois serviços.

Excerto 8: Ditos do Profissional nº 1

Há uns dois meses atrás foi agendada uma reunião com todos os PSFs, inclusive teve um enfermeiro responsável aqui no CAPS. Eles vieram para saber como é o funcionamento, quais são as pessoas que realmente são acolhidas aqui no CAPS. De que forma eles poderiam estar mandando aqui pro CAPS. E além disso, mais ou menos de três em três meses nós entramos em contato, até por conta de ter alguns pacientes daqui que recebem o atendimento do PSF. Como o do Dr. Fábio (região Centro Leste), do 1º de Março, do Novo Paraíso I. Então, essas pessoas que são desse território, eles estão aqui no CAPS. Então, quando há necessidade dessas parcerias, aí nós ligamos pra eles, pedimos pra eles ver com o paciente. Pedimos para tá dando assistência lá na residência. (as duas técnicas falam baixinho, combinando o que vão falar sobre a falta do enfermeiro na equipe).

Nesse relato, percebemos que havia uma diretriz acordada entre as equipes do CAPS estudado e dos PSF(s) da área de abrangência. Em três comentários de outros profissionais, apresentados abaixo nos excertos 9, 10 e 11 ocorre a referência ao modo como se dá esta relação no dia-a-dia do trabalho. Enquanto o profissional n. 5 diz que há uma regularidade de encaminhamentos, o profissional n. 4 não cita as unidades do PSF como um dos lugares a que o CAPS faz referência e contra-referência e o profissional n. 6 comenta as relações do CAPS estudado com os PSF(s) do ponto de vista de um processo de trabalho que está em desenvolvimento. Vejamos a percepção do profissional 5:

⁴ O profissional n. 3 não comentou sobre esta questão.

Excerto 9: Ditos do Profissional n.º. 5

Temos recebido bastantes encaminhamentos. Já tivemos profissionais do PSF fazendo visita aqui. Eu percebo a relação ok. Também quando precisamos do trabalho deles a gente faz encaminhamento e há retorno. Então o PSF está sempre nos solicitando, a demanda, e a gente tem recebido retorno deles.

Embora para o profissional n. 5 os encaminhamentos sejam numerosos e regulares e caracterizassem uma relação de referência e contra referência, uma vez que o PSF estaria “sempre” solicitando e dando “retorno”, um outro profissional ao listar os serviços que no dia-a-dia do trabalho encaminham usuários ao CAPS estudado não se refere aos PSF(s), conforme segue no excerto 10.

Excerto 10: Dito do Profissional n.º. 4

Geralmente recebemos pacientes sim, encaminhados de várias unidades de saúde, ou seja, Policlínica, Centro de Saúde, outros CAPS ou do próprio hospital Adauto Botelho. Nós recebemos, como também encaminhamos. Agora não estamos fazendo mais encaminhamentos para as Policlínicas, porque nós estamos recebendo orientação da prefeitura, que foi aberto, onde vai ser encaminhados, já foram encaminhados pra lá.

Segundo a percepção do profissional 4 os encaminhamentos e recebimentos de usuários são feitos para os Centros de Saúde, outros CAPS e para o Hospital Adauto Botelho. Tal dito, que apaga ou exclui o PSF, parece indicar que a diretriz assinalada no excerto 8 e exemplificada no excerto 9 como uma atividade de encaminhamento, não encontra correspondência com uma prática diária de referência e contra-referência.

Ao analisarmos o dito do profissional n. 6, vemos que ele concorda com a fala do profissional n 5, no que diz respeito à existência de uma correlação entre o CAPS estudado e os PSF, mas discorda no que diz respeito à frequência com que eles ocorreriam. O profissional n 6 esclarece que estes encaminhamentos ocorrem em maior número, se forem comparados a uma situação anterior na qual o CAPS e o PSF não se comunicavam. Vejamos o excerto 11:

Excerto 11: Dito do Profissional nº 6

Nós já recebemos aqui encaminhamento feitos por ACS. Que antes eles não tinham idéia do que era saúde mental, do que era um CAPS. Como era o atendimento ou quando eles pegavam algum caso, eles não sabiam para onde encaminhar. E com esse curso de capacitação ta melhorando. E eu como responsável pela residência terapêutica eu tenho um trabalho com os PSF da nossa região, graças a uma enfermeira que trabalhava aqui (aponta pra mim) e que quando eu entrei me levou pra conhecer todos os gerentes.

O dito do profissional 6 é importante pois nos permite introduzir na nossa análise os elementos do diálogo e da dialética. Compreendemos a partir deste dito que o diálogo entre os serviços está se desenvolvendo, mas se precisa de tempo e de maturação da história do trabalho entre o CAPS e o PSF para que esta relação dê um salto de qualidade. Ou seja, a situação embora longe de ser a ideal tem se desenvolvido para uma parceria entre o CAPS e o PSF e nesse sentido podemos compreender que se trata de um processo em desenvolvimento. Assinalamos, no entanto, que os processos de trabalho tanto podem evoluir como se manter sem grandes modificações e, às vezes, podem apresentar involuções. O progresso em direção a um processo de trabalho que atenda a finalidades e objetivos (objetos) depende da continuidade e aprofundamento das relações de trabalho no que diz respeito aos seus instrumentos e produto final. Na confrontação entre dados e ditos, nos parece que a correlação de encaminhamento de usuários entre o CAPS estudado e os PSF(s) está reservada a casos específicos conforme o indicado nos dados quantitativos apresentados no quadro 4.

Uma vez que observamos a percepção trazida pelos dados quantitativos e a percepção trazida pela reflexão dos profissionais, passaremos a observar qual é a percepção dos usuários e familiares quanto às relações de trabalho entre o CAPS e o PSF. Para tal recorreremos a análises de algumas respostas que obtivemos ao propor a seguinte pergunta: “Como você percebe e/ou vivenciou a atenção entre o CAPS e o PSF?”

Em linhas gerais, as respostas dos usuários podem ser representadas pela seqüência do diálogo travado na entrevista do grupo e apresentado no excerto 12, abaixo:

Excerto 12: Ditos dos usuários em entrevista em grupo

*-Nunca ouvi falar, O que é isso? (ficam meio confusas, sem saber de que se trata).
 -Ah! Postinho! Tem um postinho.
 -Não tem psiquiatra, nem neurologista nem psicólogo. Só clínico geral.
 -A gente vai, mas não é bem atendida. Eles acham que não devem, não informa direito. Parece que eles têm medo. Acham que é só psiquiatra. Parece que eles têm medo da gente. A gente pede informação pra um... Eles falam que não sabem. Porque que ficam lá então? Só conhece Aduino Botelho. Só sabe encaminhar a gente pro Aduino Botelho.*

As respostas dos usuários revelam que não há a percepção de uma relação de trabalho estabelecida entre o CAPS estudado e o PSF, pelo menos não em um nível que possa ser reconhecido no cotidiano da atenção recebida pelos usuários que participaram desta entrevista em grupo.

Quanto aos familiares, a exemplo do ocorrido nas respostas dos profissionais, tivemos também três tonalidades de respostas: uma que não se refere ao PSF mas a outros serviços médicos de saúde, outra que diz que o PSF está presente quando procurado pelo usuário do CAPS e uma outra que circunscreve a atenção aos limites do CAPS, conforme, respectivamente, os excertos 13, 14 e 15, abaixo:

Excerto 13: Dito do Familiar n. 1 (irmã) em entrevista em grupo

...Eu to levando meu irmão em policlínicas tradicionais, pra fazer exames médicos. Eu acho que todos os portadores de deficiência mental têm que ter também um quadro, do clínico, deles. Eu vejo assim, um desinteresse um pouco pessoal, de estar passando pra gente, pra gente levar o paciente ao médico, pra ver se ele tem outra doença. Ele pode ter outro tipo de doença, tipo diabete. Minha mãe é portadora de diabete. Eu estou levando meu irmão no clínico. É uma dificuldade enorme, porque eles acham que deve ter um núcleo especial para esse tipo de pessoas, e não aqui na Policlínica... Eles querem que tenha uma que atenda só as pessoas portadoras de deficiência mental. Então eu acho que deveria estar olhando essa questão.

Excerto 14: Dito do Familiar n. 2 (cuidadora de Rt) em entrevista em grupo

Temos. Toda vez que a gente procura, somos muito bem atendidos. A gente marca as consultas pra eles, porque eles são pessoas que também têm doenças clínicas, não são pessoas que, totalmente mental, mas têm as partes clínicas que são observadas por médico clínico. Quando é diabete, hipertensão, nós fazemos um cadastro, que todo mês a gente vai e pega só a medicação lá no Centro de Saúde.

Excerto 15: Dito do Familiar n. 3 (cunhado) em entrevista em grupo

*Não, a atenção que ela recebe é só do CAPS. O PSF, ninguém se interessou, inclusive, a agente de saúde que faz visitas em casa foi porque eu fui lá no PSF, pedir para incluir ela na ficha. Aí foi a única vez que ela foi em casa. Foi pra incluir ela na ficha do PSF, mas fora disso nunca mais foi ACS nenhum lá, procurar saber, como que ela tava, ou se ela tá fazendo tratamento. Então a única atenção que ela recebe é do CAPS. (pergunto, e se tiver problema clínico?). **Familiar 3 irmã:** Ela não tem apresentado. Mas se ela chegar de apresentar a gente conversa com o pessoal do CAPS ou leva pro Pronto Socorro.*

Nossa confrontação entre ditos e dados serviu para demonstrar que há uma grande complexidade entre os prescritos escritos, os escritos do trabalho e os ditos. Ao confrontarmos os ditos extraídos dos prontuários com os advindos das entrevistas, observamos que não dizem a mesma coisa no tocante à correlação entre o CAPS estudado e os PSF(s). Essa diferença entre ditos faz parte do dialogismo da circulação de sentidos em uma situação de trabalho. Antes de buscar onde residiria uma verdade, podemos pensar que as relações entre o CAPS e o PSF nesta região são complexas, apresentando características diversas que evidenciam as condições atuais de transição do modelo de atenção biomédico para o biopsicossocial.

3.3.4 Considerações sobre o processo de trabalho entre o CAPS e o PSF

Em linhas gerais podemos afirmar que de acordo com os dados apresentados a relação entre o CAPS e o PSF é bastante frágil. Vemos isso pela caracterização de um processo de trabalho fragmentado que impõe uma distância real entre as equipes do CAPS e do PSF.

Quanto à finalidade, o CAPS apresenta dificuldades em consolidar a organização e a implementação do mínimo das características prescritas para um Centro de Atenção Psicossocial. O PSF encontra-se em dificuldade de estabelecer-se como referência para a base do sistema SUS e o próprio CAPS não o coloca como prioridade para as suas relações de construção da atenção psicossocial em Saúde Mental.

Excerto 16: Dito do profissional n. 5

Há muita rotatividade de pessoal, de profissionais, sem levar em consideração o sentimento do paciente, ou o vínculo que ele estabeleceu. Tudo é muito imposto. Não é trabalhado discutido, profissionais de equipe e gestores. É uma questão coercitiva às vezes. Você faz ou você faz ou você está fora.

Quanto ao objeto de trabalho percebemos que os profissionais do CAPS o identificam na pessoa do usuário em sofrimento psíquico, porém se sentem limitados quanto aos conhecimentos e condições necessárias para assisti-lo integralmente. Vejamos primeiro o exemplo do excerto 17, que se refere a uma clientela que corresponderia ao eixo da desintegração (SARACENO, ASIOLI & TOGNONI, 1994), conforme segue:

Excerto 17: Dito do profissional n. 1

O CAPS atende uma clientela que tem transtornos severos e persistentes. Nós atendemos a clientela vinda de encaminhamentos. Bem como, atendimentos espontâneos, das pessoas que vêm à procura da unidade.

No excerto 18, o profissional n. 5 se refere às condições de instalações e instrumentos de trabalho no CAPS e reivindica melhoria das condições para a realização do trabalho.

Excerto 18: Dito do profissional n. 5

Melhorar instalações e capacitação para os profissionais. Porque na sua maioria não receberam capacitação aqui. Então se trabalha de uma forma orientada sobre a criatividade, com o que você tem de recurso interno lá de fora, que conseguiu. O tempo todo se monitorando, o que eu posso melhorar? E correndo o risco de responder questões judiciais, porque vai fazer bobagens. É importante a capacitação e informação.

Ainda quanto aos instrumentais de trabalho as observações indicam que são utilizadas várias técnicas e recursos voltados para a implementação das novas modalidades de atendimento indicadas para o modo biopsicossocial, a exemplo das oficinas de educação física e de música. Entretanto o instrumento da medicação é o mais presente e atravessa o conjunto das práticas que tentam desenvolver os novos instrumentos de trabalho biopsicossociais. A esse respeito destacamos abaixo um trecho da nossa observação em diário de campo quanto à oficina de Educação Física:

Excerto 19: Observação da oficina de Educação física – diário de campo

(realizada na varanda externa do CAPS). Iniciou às 8h00min com 12 pessoas. Uma usuária(F) reclama a falta do café da manhã. O Educador físico explica as mudanças que ocorreram na SMS. Relata que agora os CAPS irão funcionar apenas no período da manhã e que o lanche não será mais feito aqui. Ele será preparado no “Núcleo” e entregue no CAPS a cada dois dias. Outra usuária (M) reclama da medicação. O Educador físico convida os usuários a fazer uma fila. Um deles ajuda retirar a mesa e os bancos. Formaram uma roda e começaram a andar em círculo, quem chega atrasado vai entrando na roda. Às 8h30min chega moradores de uma residência terapêutica (...)

Vemos também no exemplo anterior que há um retorno a uma certa lógica assistencialista quando o lanche deixa de ser feito no CAPS, o que poderia representar oportunidade para uma atividade coletiva e passa a ser realizado e entregue por uma outra instância do sistema municipal de saúde.

Já em relação ao produto final esperado pelo CAPS observamos que os profissionais prestam a assistência numa abordagem que mescla componentes do modelo biopsicossocial com o modelo biomédico que assume algumas características de trabalho assistencialista, conforme podemos verificar no relato de visita domiciliar apresentado do excerto 20, abaixo:

Excerto 20: Visita domiciliar - diário de campo

A terceira VD foi para ISS. Ela veio nos receber sorrindo (...). No fundo do quintal alagado havia uma casa pequena, apertada e muito baixa (parecendo casa de boneca) que mal cabia a gente em pé, com duas peças cobertas de eternite. Não havia mesa nem cadeiras... (...) AS lhe pergunta sobre os filhos(...)sobre os “ratos” (...) Ela disse que eles continuam que entram nas panelas. Perguntou sobre como está gastando seu dinheiro (começou receber benefício há pouco tempo). Quando pediu a ela que levasse a conta de água e luz no dia seguinte ao CAPS para juntas fazerem um planejamento de como utilizar melhor o dinheiro, ISS perguntou: Mas eu vou poder comprar roupas? A roupa nós vamos doar. Mas meus filhos não querem roupa usada, eles querem comprar roupa, calçado, tudo novo. Mas não pode, seu dinheiro tem que ser gasto mais com alimentação, se sobrar você vai juntando e deixa guardado no banco para comprar roupa. Mas isso a gente vê amanhã, como fazer, seus filhos precisam entender que a alimentação é mais importante. Eles não entendem, eles querem roupas novas.

Obs.

1. ISS tem três filhos, sendo dois meninos com 10 e 14 anos e uma menina de 12 anos.
2. (...)
3. ISS não está na lista das APACs de novembro, porém no seu prontuário está registrado atendimento individual pela psicóloga conforme relato: “21-11-2006 – em atendimento individual a usuária veio solicitar ajuda que sua residência está tendo ratos. Além de citar que está sem colchão, pois está rasgado. Detalhe, para resolver o problema ela veio solicitar p/ ‘ligar para a GAZETA- emissora de TV’ (sic). ‘Também p/ pedir médico

p/ minha filha, pois o dente dela é tudo podre' (sic)...A usuária continua tendo risos enquanto fala. Sugiro à Assistente Social realizar entrevista com a usuária".

Observamos nessa situação de trabalho específica da atividade de atendimento clínico dessa usuária que, apesar de haver dificuldade na área organizativa, o que fica marcado pela observação em diário de campo “ISS não está na lista das APACs de novembro”, na prática do trabalho existe uma articulação dos profissionais visando à resolução dos problemas sociais. No prontuário da usuária há o registro do atendimento da psicóloga com a identificação e solicitação de atuação do profissional de Serviço Social. A assistente social, por sua vez, estabelece um vínculo com a usuária para ajudá-la nas questões de orçamento doméstico. Percebemos aí componentes do modelo psicossocial que busca a integralidade da atenção. Porém, no nosso entendimento, a articulação desses profissionais nos limites do contato com a emissora de TV e oferecendo donativos de roupas é uma ação baseada em componentes assistencialistas, comum a práticas do modelo biomédico que embora possa trazer alguma ajuda, ainda não produz autonomia para satisfação das necessidades daquela usuária e de sua família. Percebemos também que a articulação com outros recursos da comunidade não é visualizada pelos profissionais, tampouco se pensa ou se planeja trabalhar com, ou recorrer a instâncias e/ou instituições oficiais (de saneamento, serviços urbanos, vigilância sanitária e epidemiológica).

Após analisarmos a situação de trabalho no CAPS estudado a partir dos materiais coletados, com base nos estudos desenvolvidos na interface da Ergonomia, da Ergologia e da Lingüística Aplicada às Situações de Trabalho ficou claro que, na prática, a atividade e o discurso são indissociáveis e que o antagonismo entre escritos e ditos faz parte dos sentidos do trabalho. Confrontando os materiais prescritos (leis, normas, manuais, prontuários), dados orais advindos de entrevistas e observação do trabalho realizado, podemos afirmar que de acordo com os dados apresentados a relação entre o CAPS e o PSF é bastante frágil.

Ressaltamos anteriormente que o processo de trabalho é dialético se analisado sob uma perspectiva marxista, mas também é dialógico. Por uma questão de organização das nossas reflexões comentamos primeiro as fases do processo de

trabalho sob a perspectiva da dialética e, na seqüência, abordamos a tonalidade ideológica dessas fases do ponto de vista dialógico.

Por um lado, ao considerarmos que a finalidade e o objeto são característicos no nível prescritivo da atividade de trabalho, encontramos que os prescritos para o Processo de Trabalho no CAPS estudado se baseiam nas diretrizes e normas do plano estatal ou federal (legislação, propostas de políticas de saúde, manuais e normas operacionais do Ministério da Saúde), mas que essas diretrizes pouco se colocam nos diálogos da atividade cotidiana. Por outro lado, ao considerarmos o instrumental de trabalho e o produto final como característicos do nível do trabalho realizado, que também são previstos do ponto de vista prescritivo, encontramos uma distância entre os recursos que se utiliza e os resultados que se obtêm na atividade real. Observamos uma lacuna a ser preenchida em relação a instrumentos e produtos que se correlacionem efetivamente com um projeto terapêutico biopsicossocial.

Ao retomarmos a perspectiva do processo de trabalho nas suas relações com a dimensão ideológica (que comentamos inicialmente como os aportes dialógicos na percepção do processo dialético) percebemos que os valores investidos pelos profissionais de saúde mental no seu processo de trabalho se incorporam ao seu fazer e nos ajudam a compreender qual ideologia o coletivo de profissionais de saúde mental e a equipe assumem na situação cotidiana de trabalho no CAPS. Percebemos que das duas ideologias que marcam a arena de lutas no processo de trabalho contemporâneo em saúde mental, a ideologia biomédica e a ideologia biopsicossocial, a ideologia biomédica ainda é a hegemônica.

Muitos autores tratam a questão da atenção à saúde mental no SUS. Uns a partir do CAPS, outros a partir do PSF.

Nosso achados concordam com Onocko-Campos e Furtado (2006) quanto à complexidade do trabalho do CAPS e a importância de se resgatar a participação de diversos autores no processo de avaliação. Porém a academia precisa levar em conta o que pensam e o que sentem os profissionais e usuários e tê-los como parceiros e sujeitos que constroem o conhecimento.

Analisando o sistema de signos, significados e práticas em saúde mental utilizado por profissionais de um CAPS, Nunes (it al, 2008) encontra a coexistência de três modelos de atenção: o modelo biomédico humanizado, o psicossocial com

ênfase na instituição e o psicossocial com ênfase no território. Concordamos com esses autores quando dizem que há melhora considerável na prestação do cuidado em relação ao modelo asilar, e identificamos essa melhora a partir das análises realizadas com os materiais do nosso estudo, como um momento de transição do modelo biomédico para o biopsicossocial. Tal coexistência de modelos gera muitos conflitos, pois o profissional tem que gerir dilemas de ação no embate entre signos, significados e práticas de diferentes ideologias. Ao mesmo tempo em que o trabalho prescrito aponta para novas práticas, as condições reais de trabalho não permitem a renormalização da atividade atendendo apenas aos valores ideológicos prescritos nos limites de um mesmo modelo.

A leitura dos nossos achados concorda com Jorge (et Al, 2007) quanto à urgência na elaboração e/ou implementação de políticas pública voltadas para a gestão de recursos humanos na saúde mental, pois na correlação que traçamos entre CAPS e PSF fica evidente a descontinuidade das ações que são interrompidas com frequência, por exemplo, devido à alta rotatividade dos profissionais.

Outros estudos, realizados a partir da perspectiva do PSF, Maragno (et Al, 2006); Breda e Augusto (2001) explicitam o despreparo dos serviços tradicionais de saúde para lidar com o aumento da prevalência dos Transtornos Mentais Comuns (TCM) e apontam o PSF como um novo modelo de atenção com potencial para melhor atuação nestes casos. Porém em alguns exemplos da atuação do PSF com a Saúde Mental, tem revelado que o cuidado ao portador psíquico na atenção básica é fragmentado, por exemplo, buscando a hospitalização como recurso em primeira instância e não o CAPS tendendo a prestar um cuidado baseado na medicalização, ou seja, o PSF não tem sido capaz de mudar a lógica da atuação centrada no modelo biomédico.

Nossos achados quanto à relação do CAPS com o PSF concordam com Breda et Al (2005) quanto ao fato de que Estratégias de Saúde da Família e de Reabilitação Psicossocial se colocam em estreita vinculação no momento em que a atenção psiquiátrica e a atenção básica se associam. Entretanto, ao falar em atenção psiquiátrica percebemos que, no município de Cuiabá, essa vinculação se encontra em processo de transição predominando a atenção à saúde mental com base na ideologia biomédica. Tal situação fica evidente ao observarmos a assistência prestada

aos usuários na prática cotidiana do CAPS de forma desvinculada das unidades de PSF da área de abrangência da sua residência. Entretanto, conforme comentários feitos sobre os relatos dos excertos 8, 9 e 11, não podemos apagar alguns sentidos que explicitam a existência de tentativas de aproximação do CAPS e PSF expressa pelas falas dos profissionais. Mesmo se consideramos que há uma grande rotatividade de profissionais, visto que a maioria são prestadores de serviço que entram sem concurso público e com pouco ou nenhum conhecimento na área de saúde mental, esses profissionais, apesar de toda vulnerabilidade a do sistema a que estão expostos, procuram com sua criatividade dar conta de prestar assistência às pessoas com sofrimento psíquico.

Da mesma forma que para Amaral (1997), foram evidenciados problemas na implementação da política de saúde mental para a rede básica relativos à definição das políticas, à organização do processo de trabalho das equipes de saúde e aos resultados alcançados, na nossa análise compreendemos que mesmo se os prescritos portam um discurso de atenção integral à saúde mental, com base territorial - a aplicação dessas normas não acontece a contento em nossa realidade.

Além de todos os sentidos das correlações entre o CAPS e o PSF apontados pela nossa análise e comparados a outros estudos, assinalamos ainda que, na nossa compreensão, o efetivo desenvolvimento da correlação de trabalho entre o CAPS e o PSF em Cuiabá é dificultado pelo fato de o CAPS estar configurado no município como serviço de atenção secundária. Para aprofundar o estudo dessa hipótese precisaríamos fazer uma pesquisa que pudesse associar os pontos de vista da circulação de sentidos não só do CAPS para o PSF, como fizemos, mas também do PSF para o CAPS. Trata-se de um limite da nossa pesquisa atual, que acreditamos possa ser ampliado em futuros estudos, pois sabemos que é possível pesquisar as práticas de atenção psicossocial na sua dialética de vínculos complexos entre os processos de trabalho de serviços diferentes, mas complementares, da atenção básica. Nesse sentido, novas pesquisas precisam ser feitas levando em conta o trabalho do CAPS e do PSF confrontando e aprofundando essa relação dialógica de trabalho.

Neste capítulo apresentamos uma análise da situação de trabalho observada no CAPS estudado buscando compreender como o trabalho da equipe de saúde mental do CAPS se correlaciona com o PSF. A análise dos nossos materiais

caracteriza um processo de trabalho em saúde mental fragmentado que impõe uma distância real entre as equipes do CAPS e do PSF. No próximo capítulo retomaremos as nossas questões norteadoras e objetivos e teceremos as nossas conclusões e considerações finais sobre este estudo.

CONCLUSÃO

Nesta dissertação estudamos a relação de trabalho entre a equipe de saúde mental de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas relações com as equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) de uma Região do município de Cuiabá. As questões norteadoras formuladas a partir do diálogo da nossa experiência prática no SUS e na Saúde Mental e problematizadas pelas leituras técnicas e teóricas sobre a Reforma Psiquiátrica no modelo psicossocial, foram, pouco a pouco, sendo desvendados e os objetivos alcançados. Na conclusão retomaremos questões e objetivos, análises e resultados para tecer nossas reflexões e considerações sobre todo o processo de nossa pesquisa.

Inicialmente, por meio de pesquisa bibliográfica, situando o Sistema Único de Saúde – SUS, como o universo discursivo no qual se inserem os campos discursivos da Saúde Mental e do PSF, observamos que, nos prescritos, o CAPS está inserido na Atenção Básica e o PSF deve prestar cuidado integral às pessoas de uma determinada área geográfica incluída aí a Saúde Mental. Porém, ao analisar alguns trabalhos de autores do campo da saúde que abordaram essa temática com um olhar bakhtiniano, constatamos que a ideologia dominante na concepção de Atenção Básica faz com que o PSF pense a Atenção Básica nos limites do modelo-biomédico, não incluindo aí a Saúde Mental. O CAPS, embora se diga signatário da Reforma Psiquiátrica, também tende a adotar premissas do modelo biomédico e a representar-se como um recurso da atenção secundária.

Posteriormente, na nossa leitura qualitativa dos materiais advindos da *pesquisa de campo*, nos guiamos pelos princípios que norteiam os estudos de *Análise Pluridisciplinar das Situações de Trabalho* (APST) e da *Clínica da Atividade*. Adotamos como eixo teórico-metodológico e analítico o viés do processo de trabalho na visão da dialética marxista e o viés da ideologia do ponto de vista dialógico bakhtiniano. Em linhas gerais, com a ajuda da confrontação de diversos planos

enunciativos dos materiais advindos dos ditos e dados que veiculavam os discursos do CAPS, percebemos antagonismos de sentido do ponto de vista ideológico entre valores biomédicos e biopsicossociais que passam despercebidos no cotidiano do trabalho, mas que são aspectos importantes para manutenção ou mudança de práticas na forma de cuidar de pessoas com sofrimento psíquico.

Neste estudo constatamos que embora a prescrição do trabalho do CAPS, ou seja, o trabalho esperado, se norteie pelo modelo psicossocial, o trabalho real se renormaliza com base no modelo biomédico.

O CAPS busca realizar o seu processo de trabalho nos limites da sua própria cenografia biomédica de serviço secundário. Observamos que, nessa lógica de isolamento do trabalho (restrito à equipe do CAPS), por um lado o “usuário” recebe atendimento e orientações em grupo, que a família participa de reuniões periódicas para receber informações e orientações, que se busca uma adesão em relação ao acompanhamento do tratamento. Porém, por outro lado, a unidade básica não acompanha e pouco participa da evolução desse processo de cuidados.

Diante desse panorama geral passaremos a retomar as questões norteadoras desse estudo e respondê-las resumidamente. Ao refletirmos sobre como se encontra o processo de aplicação das diretrizes da política nacional de saúde mental nos limites do CAPS com o PSF em Cuiabá, sendo otimistas, diremos que a correlação é tênue. Mas ressaltamos que apesar da barreira imposta pela própria concepção do PSF como atenção básica e do CAPS como atenção secundária, o processo de trabalho real tem procurado nivelá-las como estratégias da atenção básica. Essa contradição de objetivos e finalidades dificulta aos profissionais, na sua prática cotidiana, encontrar instrumentos comuns para a construção de um projeto terapêutico que implique em um produto de trabalho biopsicossocial.

Quanto à forma com ou pela qual os profissionais do CAPS prestam assistência à saúde mental dos usuários, família e a comunidade da sua região, podemos dizer que o processo de trabalho ocorre, em grande medida, de forma isolada, uma vez que se caracteriza por uma assistência de perfil biomédico fechada em si mesma, nos limites do próprio CAPS. As tentativas de construir um processo terapêutico que leve em conta a comunidade, os recursos sociais e institucionais da região e o próprio PSF são pontuais e esporádicas.

Quanto aos modos pelos quais os profissionais incorporam os princípios da reforma psiquiátrica é uma questão que só podemos discutir a partir da perspectiva do que se configurou no nosso estudo como a ideologia que perpassa o processo de trabalho. Quando dissemos que os objetivos e finalidades detinham princípios da reforma psiquiátrica assinalamos, também, que estas duas etapas do processo de trabalho eram da ordem do primeiro registro, ou seja: do trabalho idealizado e prescrito. Assim sendo, a matriz organizacional do SUS, via as coordenações de saúde Mental, busca a partir da prescrição fazer com que os trabalhadores incorporem os seus princípios. Na prática do trabalho, porém, esses princípios teóricos para serem vivenciados como condutores da atividade, precisam de um tempo para a adaptação, desenvolvimento e criação de instrumentos que lhes sejam compatíveis. Por isso colocamos os instrumentos e o produto final como etapas do processo de trabalho da ordem do segundo registro, ou seja, do trabalho real (realizado e realizável). No espaço e no tempo real que se disponibiliza para a construção do projeto terapêutico biopsicossocial é que se trava uma grande luta de valores investidos no processo de trabalho. Nesse momento a estrutura do sistema e seus instrumentos têm disponibilizado preferencialmente uma plataforma de base biomédica.

Entretanto, se os valores hegemônicos no trabalho real são os valores do modelo biomédico isso não invalida que haja investimento nos valores do campo biopsicossocial. É preciso ter cuidado para não responsabilizar a pessoa do trabalhador da equipe do CAPS pelo estado de embates e transição desse complexo processo de trabalho. Muito pelo contrário, segundo as reflexões de pesquisas da Análise Pluridisciplinar das Situações de Trabalho e da Clínica da Atividade, devemos valorizar a capacidade que o trabalhador tem de gerir essas contradições no momento da sua ação cotidiana para realizar o que, sem a sua renormalização, seria irrealizável. A luta cotidiana dos trabalhadores da saúde mental entre os objetivos e finalidades do que deveria realizar e os instrumentos que lhes estão disponíveis e o produto que daí advém é uma luta de valores, na qual ele investe muito de si mesmo e do coletivo, colocando em risco a própria saúde.

Tendo em vistas as reflexões acima compreendemos, quanto ao nosso objetivo geral que o trabalho da equipe de saúde mental do CAPS, nos marcos da

reforma psiquiátrica e do SUS pouco se correlaciona, do ponto de vista de um processo de trabalho partilhado, com o PSF. Compreendemos entretanto que as características desse processo de trabalho em saúde mental que se embate entre dois modelos ideológicos (biomédico e psicossocial) e dois níveis de organização (atenção secundária e básica) impõe uma distância real entre as equipes do CAPS e do PSF.

Quanto aos objetivos específicos, compreendemos que: descrevemos o funcionamento do CAPS; identificamos que os profissionais do CAPS estudado pouco se articulam na prática da assistência à saúde mental com as equipes do PSF; observamos que os familiares participam passivamente da assistência de saúde mental prestada pelo CAPS estudado e não percebem uma articulação efetiva com o PSF do seu bairro; e analisamos que o trabalho planejado oficial e formalmente (trabalho idealizado e/ou esperado) não se efetiva na prática cotidiana (trabalho real) atendendo aos prescritos institucionais, mas sim mediando as contradições e embates de valores que o momento de transição do modelo biomédico para o biopsicossocial coloca. Enfim, podemos comentar que apesar de todas as dificuldades os CAPS estão sobrevivendo.

Sabemos que uma pesquisa de mestrado impõe limites temporais e de objetos, e por questão de organização alguns aspectos, embora importantes, não podem ser abordados com maior profundidade. Nesse sentido, gostaríamos de comentar dois assuntos: o primeiro em relação ao papel mais específico dos profissionais de enfermagem na equipe de saúde mental do CAPS estudado e o segundo, quanto à organização participativa de profissionais, usuários e familiares no movimento pela luta antimanicomial.

Quanto ao papel específico do profissional enfermeiro na equipe do CAPS, lembramos que este não era um objetivo direto deste estudo mas também assinalamos que na pesquisa de campo esta observação ficou prejudicada pela situação concreta da ausência do enfermeiro no quadro de profissionais. Do que observamos podemos concluir que o papel da enfermagem é suprido, sob o ponto de vista das ações mais tradicionais desta profissão pelos auxiliares e técnicos, que entretanto, não assumem funções organizacionais. Observou-se ainda que diversas atividades de grupos contam com a participação desses auxiliares e técnicos de

enfermagem, mas estes profissionais se ressentem da presença do enfermeiro. Apesar de realizarem regularmente o trabalho grupal referem-se a dificuldades na condução ou participação desse tipo de atividade que atribuem a ausência do enfermeiro.

Quanto à questão da organização de profissionais, usuários e familiares em torno da defesa dos direitos à saúde mental e no processo da luta anti-manicomial, mesmo que não tenha sido uma questão formalmente levantada, pode ser percebida no processo de observação e interpretação dos materiais da pesquisa de campo.

Quanto aos profissionais da saúde mental observamos que trabalham, na sua grande maioria, em regime de contrato temporário, não são sindicalizados e não participam de associações e ou grupos que atuem nos movimentos da reforma psiquiátrica.

A participação e organização dos usuários e familiares naquela região, é inexistente do ponto de vista formal. A população não se organiza coletivamente para reivindicar ou interferir nas mudanças do processo de atenção à saúde. Observamos queixas isoladas de usuários ou familiares relacionadas a algum problema específico no processo de atendimento, por exemplo, a falta de uma medicação.

Na nossa percepção mais geral os usuários e familiares de pessoas que padecem de sofrimento psíquico vivendo há muito tempo no isolamento que tradicionalmente tem segregado os doentes mentais desta cidade - ao serem acolhidos e tratados com dignidade - percebem o atendimento, um pouco melhorado com a implantação de CAPS na capital, como um favor, uma caridade. Geralmente, quando há demora ou dificuldades para serem atendidos, preferem esperar em casa, sofrendo sozinhos até que chegue alguma ajuda, ou aceitam a intervenção da polícia para levar o seu parente até o hospital psiquiátrico. Dessa maneira, nos parece que a garantia dos direitos dos usuários a uma saúde digna, fica na estreita dependência de políticos e gestores da saúde. Destes, uns são despreparados para decidir como “cuidar” da saúde mental da população, outros, olham a questão da perspectiva estreita da gestão ou da saúde mental como decorrente direta da implantação do modelo biomédico, que por concepção é excludente da própria participação de usuários e familiares como promotores das ações de assistência.

Queremos ainda assinalar a importância de todas as disciplinas e atividades programadas durante o curso de Mestrado em Enfermagem da UFMT, bem como do trabalho com o nosso orientador, tanto nas orientações individuais como no aprendizado que os encontros mensais do grupo CliAD nos proporcionou na inter-relação com outras disciplinas, principalmente a ergologia e a lingüística aplicada, as quais deram outro significado ao nosso trabalho. Ressaltamos ainda o suporte e a oportunidade de trabalhar no projeto maior, o PRATICAPS, o que nos possibilitou utilizar os mesmos instrumentos de pesquisa (anexos II a IX) acrescentando os ajustes necessários para a nossa pesquisa.

Este trabalho foi muito gratificante, pois por meio dele foi possível visualizar o encontro de várias teorias com o fazer cotidiano e, mais ainda, avançar na concretização de um estudo onde as indagações de várias questões de sentidos puderam se materializar em reflexões que possibilitaram a compreensão científica da distância inegociável entre a teoria e a prática. Na teoria estava tudo disponível para a ação, mas a compreensão e o uso dos sentidos e seus valores no processo da prática da pesquisa redimensionava a nossa percepção. Dialogando com os acontecimentos do dia-a-dia, passo a passo as questões foram se refazendo sem que tivéssemos muita consciência de quanto o nosso trabalho se modificava e, em consequência, se modificava a nossa percepção de quanto é complexo o nosso fazer e refazer cotidiano, pois a nossa atividade de cuidar na saúde, apesar de a cada dia parecer a mesma, se renova, e sendo ela mesma é nova, é outra. Por um lado concluímos que, em linhas gerais, CAPS e PSF não se comunicam, centralizam, se fecham e medicalizam ao fazerem o atendimento individual e isolado da pessoa portadora de transtorno mental; Por outro lado, em linhas mais específicas, em uma olhada mais detalhada e com a ajuda das lentes da análise dialógica do discurso, vemos que embora o panorama geral da assistência seja preocupante, existem discursos e ações não hegemônicas, que atravessam o cotidiano da situação de trabalho em saúde mental e buscam, via a renormalização de algumas atividades, uma saída para a saúde mental efetiva dos sujeitos profissionais e dos sujeitos usuários e seus familiares.

As teorias que utilizamos associadas à Análise dialógica da situação de Trabalho e o modo como elas nos permitem modificar a forma como vemos as

correlações entre o prescrito e o real - ao dizer que o real, a prática, é a fonte do sentido e é o que valida a atividade – é uma das mais difíceis mudanças de paradigma que insistimos em aplicar em nosso estudo. A consciência de que o trabalho se renormaliza a cada vez que repetimos uma atividade, utilizando nosso corpo, nossas emoções, nossas disposições, nossos valores - nos fazem compreender que estamos sempre influenciando para que haja mudanças nas práticas, nos meios e nas formas de cuidar da saúde e da saúde mental. Porém nunca o produto final do nosso trabalho é resultado único e exclusivo das nossas decisões. Nesse sentido nosso trabalho de pesquisa contribui com um diagnóstico do estágio atual da correlação entre CAPS e PSF em Mato Grosso, indicando a necessidade de refletir os limites, desafios e avanços ideológicos na desconstrução do modelo hospitalocêntrico. Uma grande contribuição que a academia pode dar a esse processo é olhar para o trabalhador da saúde mental sem culpabilizá-lo pelo estágio encontrado em um estudo da atividade realizada em determinada situação de trabalho. Porém, tomá-lo como aliado no sentido de ajudá-lo a compreender quantas contradições ele tem que gerir para dar conta de realizar a atividade de saúde mental nos limites do processo de trabalho psicossocial.

REFERÊNCIAS

ALGRANTI, Leila Mezan. *A Família e o Domicílio*. In: Fernando A. Novais (Coord geral da coleção) & Laura de Mello e Souza (Org.). **História da vida Privada no Brasil: Cotidiano e vida privada na América Portuguesa**. São Paulo: Companhia das Letras, 1997. v. 1, p:83-154.

ALVAREZ, Denise. & TELLES, Ana Luiza. *Interfaces ergonomia-ergologia: uma discussão sobre trabalho prescrito e normas antecedentes*. In: Marcelo Figueiredo, Milton Athayde, Jussara Brito e Denise Alvarez (orgs.) **Labirintos do trabalho: Interrogações e olhares sobre o trabalho vivo**. Rio de Janeiro: DP&A editora, 2004, p. 63 - 90.

AMARAL. Márcia do. **Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial**. Rev. Saúde Pública, 31(3): 288-95, 1997.

AMARANTE, Paulo. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica/Franco Basaglia**: Organização Paulo Amarante: tradução Joana Angélica d'Avila Melo – Rio de Janeiro: Garamond, 2005. 336p. – (Garamond Universitária; Loucura XXI).

ÁRIES, Philippe. *A Família*. In. Philippe Àries; [tradução de Dora Flaksman]. **História Social da Criança e da Família**. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2006.

BAKHTIN, M.[Voloschinov] (1929). **Marxismo e filosofia da linguagem: problemas fundamentais do método sociológico na ciência da linguagem**. Tradução: M. Lahud e Y. F. Vieira. Prefácio de R. Jakobson. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 1992.

BRAIT, Beth. *Análise e teoria do discurso*. In: BRAIT Beth (org). **Bakhtin: outros conceitos chaves**. São Paulo: Contexto, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Depto de Atenção Básica. **Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004.** (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 200 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado á Conferencia Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental 1990-2002.** Brasília, DF, 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.**

BRÊDA Mércia Zeviani, AUGUSTO Lia Giraldo da Silva. **O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. Ciênc. saúde coletiva v.6 n.2 Rio de Janeiro 2001**

Brêda MZ, Rosa WAG, Pereira MAO, Scatena MCM. **Dois estratégias comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família.** Ver. Latino-am Enfermagem 2005 maio-junho; 13(3): 450-2

CLOT. Y. (org.) **Clinique de l'activité et pouvoir d'agir.** In: *Education Permanente. Genève*, v.1, n. 164, 1 semestre, 2001.

COSTA, Jurandir Freire. **História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico.** 4. ed. ampliada. Rio de Janeiro: Xenon Ed., 1989.

COTRIM, Gilberto, 1955. *Revolução Industrial*. In. Gilberto Cotrim. **História Global: Brasil Geral**. 6. ed. Reform, volume único. São Paulo, Saraiva, 2002.

CUIABÁ. **Manual do SUDS**. Elaboração: núcleo de Planejamento. Composição, fotolito e impressão: Pólo Regional de Saúde de Cuiabá/Fundação de Saúde do Estado de Mato Grosso. Novembro, 1988.

D'INCAO, Maria Ângela. *Mulher e Família Burguesa*. In. Mary Del Priose (org.) & Carla Bassanezi (coord de textos). **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1997. p. 223-240.

FAÏTA, D. **A Noção de “Gênero Discursivo” em Bakhtin: uma mudança de Paradigma**. In: B. BRAIT. *Bakhtin, dialogismo e construção do sentido*. Tradução de Maria Sabina Kundman e Nina A. Mabuchi Miyaki. Campinas: ed. da UNICAMP, p. 159-175. 1997.

_____. **Análise dialógica da Atividade Profissional**. Rio de Janeiro: Ed. Imprinta Express, 2005.

FIGUEIRA, Divalte Garcia. **História**. Série Novo Ensino Médio. São Paulo. Ed. Ática. 2002, p.196-200.

FRANÇOIS, F. **De quelques aspects du dialogue psychiatre-patient**. In: *Places, genres, mondes et companghie*. Paris: CALaP, n. 5, p. 39-89, 1989.

FOUCAULT, M. **História da loucura: na idade clássica**. [tradução José Teixeira Coelho Neto]. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

_____. **O Poder Psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

GAIVA, M. A. M. *A família como unidade do cuidado de enfermagem na atenção à saúde da criança*. In: GAIVA, M. A. M. (org); MANDÚ, E. N. T. et al. **Saúde da Criança e do Adolescente: contribuições para o trabalho de Enfermeiro(as)**. Cuiabá: EdUFMT, Coletâneas Tecnologias em Saúde e Enfermagem, v3, 2006, p. 61 – 80.

JORGE, Maria Salete Bessa; GUIMARÃES, José Maria Ximenes; NOGUEIRA, Maria Emanuela Ferreira; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães; MORAIS, Ana Patrícia Pereira. **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. v.16 n.3 Florianópolis jul./set. 2007

MARAGNO, Luciana; GOLDBAUM, Moisés; GIANINI, Reinaldo José ; NOVAES Hillegonda Maria Dutilh; César CÉSAR, Chester Luiz Galvão. **Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil**. Cad. Saúde Pública vol.22 no.8 Rio de Janeiro Aug. 2006

MELLO, Evaldo Cabral de. *O Fim das Casas-Grandes: Império*. In: Fernando A. Novais (Coord.) & Luiz Felipe de Alencastro (Org. Vol.) **História da vida Privada no Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, v. 2, 1997, p:386-437.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo, HUCITEC, 2006.

MIOTELLO, Valdemir. *Ideologia*. In: BRAIT Beth (org.) **Bakhtin: conceitos chaves**. São Paulo: Contexto, 2005, p. 167 – 176

MOURA-VIEIRA, M. A. **Autoconfrontação em clínica da atividade: metodologias de análise dialógica de situações de trabalho**. In Revista Intercâmbio. São Paulo : Ed PUC, vol. 12, 2003a, p. 259 –271.

_____. **Discurso relatado na atividade médica.** Revista THE ESPECIALIST. São Paulo: Ed PUC, vol 24, 2003b, p. 203-220.

_____. **Autoconfrontação enunciativa discursiva e análise do trabalho psiquiátrico.** Revista Intercâmbio. São Paulo: Edição em meio digital CD-ROM, vol. 13, 2004a.

_____. *Autoconfrontação e Análise da atividade.* In Figueiredo et al. **Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo.** Rio de Janeiro: DP&A editora, 2004b, p 214-237.

_____. **A esfera do trabalho clínico entre os gêneros da atividade e do discurso.** Revista Polifonia. Cuiabá: Ed. UFMT. N. 08, 2004c, p. 129 – 148.

MOURA-VIEIRA, M. A.; OLIVEIRA, A. B. & TERZIAN, A. C. C. **Treinamento para o trabalho de campo: a entrada em campo, a observação participante, as entrevistas e os dispositivos de autoconfrontação.** (Manual de treinamento do PRATICAPS). Cuiabá: impresso, 2006, 24 p.

MOURA VIEIRA. M. A. & COELHO, H. E. S. C. **Avaliação do impacto da classificação de hospitais psiquiátricos pelo Ministério da Saúde, em relação à qualidade da assistência.** Monografia (Especialização em Saúde Mental). Cuiabá: Faculdade de Enfermagem e Nutrição/UFMT, 1995.

MOURA-VIEIRA, M. A. & FAÏTA, D. **Quando os outros olham outros de si mesmo: reflexões metodológicas sobre a autoconfrontação cruzada.** Revista Polifonia. Cuiabá : Ed. UFMT, n. 07, 2003, p. 27-65.

_____. (Orgs) **Revista Polifonia: O trabalho com os gêneros do discurso.** Cuiabá: Ed UFMT, vol. 08, 2004, 205 páginas.

NETO, O. C. *O trabalho de campo como descoberta e criação*. In MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2004, p. 51 – 66.

NOVAIS, Fernando A. Condições de Privacidade na Colônia. In: Fernando A. Novais (Cord.) & Laura de Mello e Souza (Org. vol.) **História da vida Privada no Brasil: Cotidiano e vida privada na América Portuguesa**. São Paulo: Companhia das Letras, vol. 1, 1997, p: 13-31.

NUNES Mônica; TORRENTÉ Maurice de; OTTONI, Vitória ; MORAES NETO, Valfrido ; SANTANA, Mônica **A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil**. Cad. Saúde Pública vol.24 no.1 Rio de Janeiro Jan. 2008.

OLIVEIRA, A. G. B., MOURA-VIEIRA, M. A. & ANDRADE, M. S. R. **Saúde Mental na Saúde da Família: subsídios para o trabalho assistencial**. São Paulo: Ed. Olho d'água, 2006.

OLIVEIRA, A. G. B., MOURA-VIEIRA, M. A. M., TERZIAN, A. C. C., MARCON, S. **Análise da efetividade das práticas terapêuticas dos Centros de Atenção Psicossocial CAPS de Mato Grosso**. Projeto de pesquisa (Edital MCT-CNPq / MS-SCTIE-DECIT / CT-Saúde 07/2005). Cuiabá: impresso, 2005, 24 p.

OLIVEIRA, A.G.B. de; SILVA, M.A. da; MARCON, S.R. *Atenção à Saúde Mental no Nível Primário: Análise de uma experiência de Integração Ensino-Serviço*. In **Coletânea de Enfermagem**. Cuiabá: Ed UFMT, vol. II, nº 2, Jul-Dez., 2000, p. 39-55.

OLIVEIRA, A.G.B. **Superando o manicômio? Desafios na construção da reforma psiquiátrica**. Cuiabá: EdUFMT, 2005.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa e FURTADO, Juarez Pereira. **Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede**

de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública vol.22 no.5 Rio de Janeiro May 2006.

OPAS/OMS. Organização Pan–Americana de Saúde, Organização Mundial de Saúde. **Relatório Sobre a Saúde no Mundo-Saúde Mental: Nova Conceção, Nova esperança.** 2001.

PEREIRA, Geraldo Santos: **O Aleijadinho: Paixão, Glória e Suplício** (filme), 2001.

PINHO, Rachel Tegon de. **Cidade e Loucura.** Cuiabá: Central de Textos EdUFMT, 2007.

PIRES, Denise. *A estrutura objetiva do trabalho em saúde.* In LEOPARDI (org.) **Processo de trabalho em saúde: Organização e subjetividade.** Florianópolis: Papalivros, 1999, p. 25-48.

RESENDE, Heitor. *Política de Saúde mental no Brasil: uma visão histórica* .In: TUNDIS, S. A. & COSTA, N. S. (orgs.). **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil.** 5. ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 1997, p.15 – 75.

ROCHA, D; DAHER, M. D. C & SANT'ANNA, V. L. de A. **A Entrevista em situação de pesquisa acadêmica: reflexões numa perspectiva discursiva.** In Moura-Vieira & Faïta (orgs). **O trabalho com os gêneros do discurso.** Polifonia. Cuiabá: Ed. UFMT, n. 08, 2004, p.161-180.

SA, Joseph Barbosa de. **Relação das povoações do Cuyabá e Mato Grosso de seus princípios até os presentes tempos.** Cuiabá: EdUFMT, Coleção Ouro ou Mel. 1975.

SCHWARTZ, Y. *A linguagem no trabalho.* [Trad. Cecília Souza-e-Silva e Décio Rocha]. In **Travail et ergologie: entretiens sur l'activité humains.** Schwartz, Y. & Durrive, L. (org). Toulouse: Octarès. Documento de trabalho, 2006

SCHRADER, F.A.T. e SILVA, M.A. Programa de saúde Mental de Cuiabá – “Saúde Mental em Movimento”. In: **Coletânea de Enfermagem**. Cuiabá: Ed UFMT, vol. 3, nº 1, maio, 2005, p. 43-45.

SILVA, M.A. e VIEIRA, M.A.M. *Avanços, desafios e limites na construção da relação de trabalho das equipes de saúde do CAPS e PSF no território Norte do município de Cuiabá*. In: **Anais do I Colóquio Internacional de Análise do Discurso**. São Carlos: UFSCAR, 2006a.

SILVA, M.A. e VIEIRA, M.A.M. *A ideologia da saúde mental no SUS e as contradições com as práticas da atenção básica*. In: **Anais VI Seminário de Linguagens – Linguagens: Meios, Formas e Práticas**. Cuiabá: UFMT. 2006b.

SILVA, M.A. e VIEIRA, M.A.M. *A Ideologia da Saúde Mental no SUS: Do Idealizado ao Realizado*. In: **Caderno de Resumos do 16º InPLA**. São Paulo: PUCSP, 2007a.

SILVA, M.A. e VIEIRA, M.A.M. **Saúde Mental na Atenção Básica: Reflexões Sobre a Articulação do CAPS Com o PSF**. Revista Mineira de Enfermagem. Belo Horizonte, (artigo encaminhado). Cuiabá: Documento de trabalho. 2007b.

SIQUEIRA, Elizabeth Madureira. **História de Mato Grosso: Da ancestralidade aos dias atuais**. Cuiabá: Entrelinhas, 2002.

SOBRAL, Adail. *Ato/Atividade e evento*. In: Brait Beth (org.) **Bakhtin: conceitos-chaves**. São Paulo: Contexto, 2005, p. 11 – 36.

SOUZA, Laura de Mello e. Formas provisórias de existência: A vida cotidiana nos caminhos, nas fronteiras e nas fortificações. In: Fernando A. Novais (Coord.) e Laura de Mello e Souza (Org. vol.). **História da vida Privada no Brasil: Cotidiano e vida privada na América Portuguesa**. São Paulo: Companhia das Letras, vol. 1, 1997, p: 41-81.

SOUZA, Laura de Mello e. Conclusão. In: In: Fernando A. Novais (Coord.) e Laura de Mello e Souza (Org. vol.). **História da vida Privada no Brasil: Cotidiano e vida privada na América Portuguesa**. São Paulo: Companhia das Letras, vol. 1, 1997, p: 439-445.

SOUZA-e-SILVA, M. C; FAÏTA, D. (org). **Linguagem e trabalho: construção de objetos de análise no Brasil e na França**. São Paulo: Cortez, 2002.

TERZIAN, OLIVEIRA & MOURA-VIEIRA. **Treinamento para coleta de dados quantitativos**. Cuiabá: NESM, manual/mimeo, 2006, 45 p.

WISNER, Alain. **Réflexions sur l'ergonomie** (1962 – 1995). Toulouse: Octares Éditions, 1995.

ANEXOS

**ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
(profissionais do CAPS)**

Pesquisa: Análise da efetividade das práticas terapêuticas realizadas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de Mato Grosso.

Pesquisadores e instituições envolvidas: Prof^ª.Dr^ª. Alice G.Bottaro de Oliveira e Professora Ms. Samira Reschetti Marcon - Faculdade Enfermagem/ UFMT fone: 3615-8810 Prof. Dr. Marcos Antonio Moura Vieira e Professora Ms. Ângela Cristina César Terzian - Faculdade de Ciências Médicas - UFMT- 3615-8850; Áurea Assis Lambert-SES/MT- 3613-5469.

Objetivo principal: o tratamento realizado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) DE Mato Grosso

Procedimentos: serão realizadas entrevistas gravadas, observações e filmagem de algumas situações de atendimento nos CAPS (oficinas de terapia ocupacional, reuniões de família, atividades em grupo, consultas, etc.) as gravações e filmagens terão objetivo analisar o tratamento realizado pelos profissionais e não as doenças das pessoas atendidas. Todas as gravações e filmes serão confidenciais, serão mantidos sob a guarda dos pesquisadores de cada CAPS, não sendo de nenhum modo exibidas ou divulgadas para outra finalidade.

Possíveis riscos e desconforto: risco nenhum, desconforto mínimo.

Benefícios previstos: melhoria do tratamento às pessoas com doenças mentais nos CAPS do Estado de Mato Grosso.

Eu....., fui informado dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, descritos acima.

Entendo que terei minha identidade preservada, assim, meu nome e identidade pessoal não serão divulgados; terei garantia a proteção de minha imagem e as informações desta pesquisa serão divulgadas sem estarem relacionadas com minha pessoa e ninguém, além dos pesquisadores, terá acesso aos nomes e imagens dos participantes desta pesquisa.

Entendo também que minha participação é voluntária, ou seja, durante a realização da pesquisa, poderei solicitar mais esclarecimento sobre ela e terei liberdade de recusar-me a participar ou retirar o meu consentimento de participação da mesma em qualquer momento, sem sofrer nenhuma penalidade.

Portanto, confirmo que _____ explicou-me o objetivo de realizar esta pesquisa e orientou-me sobre como será a minha participação na mesma. Li e compreendi o que consta deste documento. Concordo em participar desta pesquisa e, após assinar este documento em duas vias, ficarei com uma cópia do mesmo.

Assinatura do participante.....

Assinatura do pesquisador.....

Em caso de necessidade, contate a Dr^ª. Alice G.Bottaro de Oliveira no telefone 3615-8810 ou no e-mail: nesm_mt@yahoo.com.br

Data (cidade/dia mês e ano) _____ de _____ de 2 _____

ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
(usuários e familiares)

Pesquisa: Análise da efetividade das práticas terapêuticas realizadas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de Mato Grosso.

Pesquisadores e instituições envolvidas: Prof^ª. Dr^ª. Alice G.Bottaro de Oliveira e Prof^ª Ms. Samira Reschetti Marcon - Faculdade Enfermagem/ UFMT fone: 3615-8810 Prof. Dr. Marcos Antonio Moura Vieira e Professora Ms. Ângela Cristina César Terzian - Faculdade de Ciências Médicas - UFMT- 3615-8850; Áurea Assis Lambert-SES/MT- 3613-5469.

Objetivo principal: o tratamento realizado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) DE Mato Grosso

Procedimentos: serão realizadas entrevistas gravadas, observação e filmagem de algumas situações de atendimento nos CAPS (oficinas de terapia ocupacional, reuniões de família, atividades em grupo, consultas, etc.) as gravações e filmagens terão objetivo analisar o tratamento realizado pelos profissionais e não as doenças das pessoas atendidas. Todas as gravações e filmes serão confidenciais, serão mantidos sob a guarda dos pesquisadores de cada CAPS, não sendo de nenhum modo exibidas ou divulgadas para outra finalidade.

Possíveis riscos e desconforto: risco nenhum, desconforto mínimo.

Benefícios previstos: melhoria do tratamento às pessoas com doenças mentais nos CAPS de estado de Mato Grosso.

Eu....., fui informado dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, descritos acima.

Entendo que terei minha identidade preservada, assim, meu nome e identidade pessoal não serão divulgados; terei garantia a proteção de minha imagem e as informações desta pesquisa serão divulgadas sem estarem relacionadas com minha pessoa. Somente os pesquisadores, terão acesso aos nomes e imagens dos participantes desta pesquisa.

Entendo também que minha participação é voluntária, ou seja, eu posso não querer participar, e que durante a realização da pesquisa, poderei solicitar mais esclarecimento sobre ela e terei liberdade de recusar-me a participar ou retirar o meu consentimento de participação da mesma em qualquer momento, sem sofrer nenhuma penalidade e sem que a minha assistência no CAPS seja prejudicada.

Fui informado ainda que a minha participação nesta pesquisa não trará nenhum risco á minha saúde.

Portanto, confirmo que _____ explicou-me o objetivo de realizar esta pesquisa e orientou-me sobre como será a minha participação na mesma. Li e compreendi o que consta deste documento. Concordo em participar desta pesquisa e, após assinar este documento em duas vias, ficarei com uma cópia do mesmo.

Assinatura do participante.....

e do familiar ou responsável)

Assinatura do pesquisador.....

Em caso de necessidade, contate a Dr^ª. Alice G.Bottaro de Oliveira no telefone 3615-8810 ou no e-mail: nesm_mt@yahoo.com.br

Data (cidade/dia mês e ano) _____ de _____ de 2_____

ANEXO 3 - ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO NOS CAPS

DADOS GERAIS

Nome da Instituição: **Endereço:** - **Tempo de funcionamento:**

Estrutura física: imóvel próprio ou “alugado” descrever aspectos gerais do prédio, quantificar e descrever todos os ambientes com mobiliário/equipamentos e função no atendimento dos usuários.

Equipe: descrever número e distribuição nos turnos de funcionamento

Clientela: descrever número de atendidos por modalidade de tratamento (intensivo, não intensivo e semi-intensivo), fluxo de atendimento.

Horários de funcionamento: cronograma de atividades previstas.

PERIODOS DE OBSERVAÇÃO (dia/horário)

Observar e relatar minuciosamente

- a. Como os profissionais realizam (ou participam, ou coordenam) as situações de atendimento com os usuários e familiares nas etapas/fluxo do atendimento (formas de atendimento – acolhimento, vínculos, desempenho profissional). Por exemplo, recepção, consultas, oficinas, grupos, atividades de lazer e ocupacionais, lanche e outras refeições, prescrições e formas de orientação de conduta medicamentosa, visita domiciliar e outras.
- b. Como os profissionais participam dos processos administrativo-terapêuticos (discussão de casos, definição e alteração de modalidade terapêutica para os pacientes, admissão e alta; observar atividades realizadas e livros de registro e prontuários - frequência e qualidade dos registros).
- c. Como os profissionais trabalham em equipe, atuação específica de cada profissional no processo de trabalho, autonomia/complementaridade do trabalho, frequência e dinâmica da discussão de casos).
- d. Como os profissionais e usuários participam (ou não participam) de processos de gestão (escolha de gerente, assembléia, conselho gestos associação de usuários e familiares, venda e aquisição de produtos, avaliação do trabalho, etc.) e de decisões e avaliação das práticas realizadas no CAPS.

ANEXO 4 - FICHA CENSO PACIENTE /CAPS



PRATICAPS-MT

CNPq: 554534/2005-3

Análise da efetividade das práticas terapêuticas dos
Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Mato Grosso
NESM UFFMT
 Núcleo de Estudos
 em Saúde Mental T

Ficha Censo Paciente/CAPS

| | |
|---|---|
| 1. ID Paciente: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 15. Tempo de tratamento no serviço: |
| 2. ID do serviço: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 15.1 Data acolhimento: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3. Iniciais Paciente: | 15.2 Última observação: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 4. N. Prontuário: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 15.3 Tempo de tratamento em dias: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 5. Data de nascimento: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 16. Modalidade de atendimento no mês: |
| 6. Idade: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 16.1 <input type="checkbox"/> Intensivo |
| 7. Sexo: | 16.2 <input type="checkbox"/> Semi-intensivo |
| 7.1 <input type="checkbox"/> Masculino | 16.3 <input type="checkbox"/> Não intensivo |
| 7.2 <input type="checkbox"/> Feminino | 17. Última prescrição: |
| 8. Natural de: UF <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 17.1 <input type="checkbox"/> Amitriptilina Dose: |
| 9. Procedência: | 17.2 <input type="checkbox"/> Carbamazepina (Tegretol®) Dose: |
| 9.1 <input type="checkbox"/> Da cidade/município de captação | 17.3 <input type="checkbox"/> Clorpromazina (Amplictil®) Dose: |
| 9.2 <input type="checkbox"/> De outra cidade/município. Qual? | 17.4 <input type="checkbox"/> Diazepan Dose: |
| 10. Área de Procedência: | 17.5 <input type="checkbox"/> Fenitoína Dose: |
| 10.1 <input type="checkbox"/> Urbana | 17.6 <input type="checkbox"/> Fenobarbital (Gardenal®) Dose: |
| 10.2 <input type="checkbox"/> Rural | 17.7 <input type="checkbox"/> Haloperidol (Haldol®) Dose: |
| 11. Situação conjugal: | 17.8 <input type="checkbox"/> Prometazina (Fenergan®) Dose: |
| 11.1 <input type="checkbox"/> Casado(a) | 17.9 <input type="checkbox"/> Outros: Dose: |
| 11.2 <input type="checkbox"/> Solteiro(a) | 17.10 <input type="checkbox"/> Sem prescrição |
| 11.3 <input type="checkbox"/> Divorciado(a)/Separado(a) | 18. Data da última prescrição: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 11.4 <input type="checkbox"/> Viúvo(a) | 19. Pesquisador: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 12. Escolaridade: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> anos completos | 20. Data: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 13. Profissão: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| 14. Diagnóstico (CID 10): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> | |

ANEXO 5 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA GRAVADA COM PROFISSIONAIS DOS CAPS

Em grupos de 2 e 4 profissionais, definidos, aleatoriamente, e realizada depois dos questionários.

Data da entrevista: ____/_____/____

- Como você define a clientela que procura o CAPS? Quem são eles e de que eles necessitam?
- De que forma e com o que você acha que o CAPS contribui/ajuda essas pessoas que o procuram?
- O que você acha que o CAPS oferece de melhor para o tratamento dos pacientes? (pontos fortes)
- Em qual (is) aspecto (s) você acha que o tratamento ofertado no CAPS poderia ser melhorado? (pontos fracos) de que forma?
- De que maneira você participa da discussão de casos na equipe? Quais são as atribuições/responsabilidades nessa discussão (definição de modalidade, indicação de atividades/oficinas, medicação etc.)?
- Como você define o trabalho da equipe deste CAPS?
- São desenvolvidas atividades fora do CAPS (das que foram informadas e observadas) com os pacientes de forma esporádica ou rotineira? Onde? Quando? Com que finalidade?
- Se pudéssemos, de uma forma ideal pensar em melhorar o tratamento oferecido no CAPS, o que você gostaria de fazer ou propor?
- ***Como você percebe a relação do CAPS com o PSF?***

ANEXO 6 – ROTEIRO PARA ENTREVISTA GRAVADA COM USUÁRIOS E FAMILIARES DO CAPS

Data da entrevista: ____/_____/____

A - IDENTIFICAÇÃO

Usuário () Familiar () Se familiar, qual é a relação de parentesco: _____.

Idade:

Sexo:

Escolaridade:

Trabalho:

Composição familiar (membros que compõem e a participação do usuário nesse grupo):

B - TRATAMENTO RECEBIDO

Fale:

1. sobre o tratamento nesta instituição (tempo de tratamento; quem o atende; em que consiste o tratamento; como percebe a assistência da equipe; o que espera deste tratamento; como acha que deveria ser o tratamento; comparação entre o tratamento realizado nesta instituição e outros tratamentos realizados em outras instituições).

2. Como você percebe e/ou vivenciou a atenção entre o CAPS e o PSF?

ANEXO 7 – TERMO DE APROVAÇÃO ÉTICA DO PROJETO DE PESQUISA

Ministério da Educação
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller
Registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em 25/08/97

TERMO DE APROVAÇÃO ÉTICA DE PROJETO DE PESQUISA

REFERÊNCIA: Projeto de protocolo Nº 371CEP-HUJM/05

“COM PENDÊNCIAS”

APROVADO “ad referendum”

APROVAÇÃO FINAL

NÃO APROVADO

O projeto de pesquisa intitulado: “Análise da Efetividade das Práticas Terapêuticas dos Centros Psicossocial (CAPS) de Mato Grosso” encaminhado pelo(a) pesquisador(a), **Alice Guimarães Bottaro de Oliveira** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM, em reunião realizada dia 14/12/2005 que concluiu pela aprovação final, tendo em vista que atende a Resolução CNS 196/96 do Ministério da Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos.

Cuiabá, 14 de dezembro de 2005.


Profa. Dra. Maria Aparecida Munhoz Gaiva
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM

Hospital Universitário Júlio Müller
Rua L, SN. Jardim Alvorada. CEP 78048-790 Cuiabá –MT, Brasil
Fone: 65-615-7302. e-mail: cephuim@cnd.ufmt.br

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)