

CLÁUDIA LANDIN NEGREIROS

**LINGUAGEM E SAÚDE MENTAL: UM OLHAR DIALÓGICO
NAS OFICINAS TERAPÊUTICAS NOS CENTROS DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS**

**Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT
Instituto de Linguagens - IL
Cuiabá
2008**

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

CLÁUDIA LANDIN NEGREIROS

**LINGUAGEM E SAÚDE MENTAL: UM OLHAR DIALÓGICO
NAS OFICINAS TERAPÊUTICAS NOS CENTROS DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Estudos de Linguagem do Instituto de Linguagens da Universidade Federal de Mato Grosso, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Estudos de Linguagem.

Área de concentração: Estudos Lingüísticos
Orientador: Prof. Dr. Marcos Antônio Moura Vieira

**Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT
Instituto de Linguagens - IL
Cuiabá
2008**

FICHA CATALOGRÁFICA

N3851 Negreiros, Cláudia Landin
Linguagem e saúde mental: um olhar dialógico nas oficinas terapêuticas nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS / Cláudia Landin Negreiros. – 2008.
xii, 166p.: il. ; color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Linguagens, Mestrado em Estudos de Linguagem, Área de Concentração: Estudos Lingüísticos, 2008.

“Orientador: Prof. Dr. Marcos Antônio Moura Vieira”.

CDU –81'33

Índice para Catálogo Sistemático

1. Lingüística aplicada
2. Sociolingüística
3. Oficinas terapêuticas – Saúde mental – Linguagem
4. Centros de Atenção Psicossocial – Oficinas terapêuticas
5. Saúde mental – Oficinas terapêuticas

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
INSTITUTO DE LINGUAGENS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS DE LINGUAGEM**

Banca examinadora

**Prof. Dr. Marcos Antônio Moura Vieira
(orientador)**

**Prof^a. Dr^a. Maria Rosa Petroni
(examinador interno)**

**Prof. Dr. Décio Orlando Soares da Rocha
(examinador externo)**

**Prof^a. Dr^a. Simone de Jesus Padilha
(suplente)**

**Cuiabá
2008**

Dedicamos nossa pesquisa a todos que acreditaram/acreditam ser possível um novo olhar aos que precisaram/precisam de cuidado e atenção em saúde mental.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Raul e Dirce.

Às minhas três irmãs, Valéria, Daniela e Érika.

Ao meu esposo, Mauro Lúcio.

Às minhas filhas, Luiza e Laura, pela compreensão das ausências da “mamãe”.

Aos demais membros de minha família, todos mobilizados em me ajudar nesse momento: sogro, sogra, cunhados, cunhadas, sobrinhas, sobrinhos, etc.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Marcos Antônio Moura Vieira, pela possibilidade dialógica de ver o mundo.

Às minhas colegas de orientação, Maria Auxiliadora, Maria Aparecida e Izabella, nas horas de companheirismo.

Aos colegas do Programa de Mestrado em Estudos de Linguagem da Universidade Federal de Mato Grosso.

Aos meus professores do Programa de Mestrado em Estudos de Linguagem da Universidade Federal de Mato Grosso.

Aos colegas do Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso.

Aos meus professores do Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso.

Aos colegas do NESM-MT – Núcleo de Estudos em Saúde Mental.

Aos profissionais e pacientes do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS BB.

Aos colegas (docentes, discentes e técnicos) da UNEMAT – Universidade do Estado de Mato Grosso.

As palavras são tecidas a partir de uma multidão de fios ideológicos e servem de trama a todas as relações sociais em todos os domínios. É, portanto claro que a palavra será sempre o indicador mais sensível de todas as transformações sociais, mesmo daquelas que apenas despontam, que ainda não tomaram forma, que não abriram caminho para sistemas ideológicos estruturados e bem formados.

Mikhail Bakhtin

RESUMO

NEGREIROS, Cláudia Landin. *Linguagem e Saúde Mental: um olhar dialógico nas oficinas terapêuticas nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS*. Dissertação de Mestrado. Orientador: Prof. Dr. Marcos Antônio Moura Vieira. Cuiabá: UFMT/ Mestrado em Estudos de Linguagem.

Estudamos nesta dissertação, com os aportes da Análise Dialógica do Discurso, a atividade laboriosa dos profissionais da área de saúde mental. Para tanto, realizamos uma pesquisa em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de um município do interior do Estado de Mato Grosso, com o objetivo de verificar, na prática, como se dá a correlação entre os prescritos e o realizado. Nossas questões norteadoras visaram responder como as práticas terapêuticas, inscritas no modelo biopsicossocial da atenção em saúde mental, estão sendo efetivadas. Objetivamos, também, estudar os gêneros do discurso utilizados na atividade de trabalho dos profissionais da área de saúde mental que atuam em uma oficina terapêutica desse centro. Nossa metodologia, de viés qualitativo, recorreu à pesquisa de campo com observação participante. Ancorados nos pressupostos teóricos e metodológicos da Lingüística Aplicada, mais especificamente voltados para o estudo de situações de trabalho, utilizamos o evento da Autoconfrontação Simples (ACS) no qual um protagonista da atividade se confronta com sua imagem filmada na situação de trabalho e vai tecendo comentários na presença do pesquisador. Um membro da equipe de saúde mental foi filmado em dois momentos: ao fazer o seu trabalho em uma oficina terapêutica de vídeo e ao tecer as suas observações sobre essa atividade do seu trabalho. Os dados registrados em vídeo foram transcritos e formaram a base de materiais para as nossas análises. Recorremos também aos aportes teóricos da Sociolingüística Interacional para a contextualização dos cenários e discussão do comportamento verbal das situações de trabalho. Desse modo, analisamos uma situação de trabalho da saúde mental em uma oficina terapêutica, tendo o diálogo instaurado entre os protagonistas da atividade e os usuários como o centro do processo de desenvolvimento do sentido. Nossas análises apontam que o profissional investigado é compromissado com o serviço e tem uma postura reflexiva do seu trabalho em saúde mental. Finalmente, a conclusão a que chegamos, após todas as etapas percorridas é que, apesar de algumas práticas instauradas no CAPS analisado seguirem o modelo biomédico, a equipe de saúde mental procura desenvolver um trabalho que responda à prescrição psicossocial e também realiza atividades que atualizam, na prática biomédica da assistência, algumas premissas desse modelo.

Palavras-chave: Linguagem, Saúde Mental, Dialogismo, CAPS.

ABSTRACT

NEGREIROS, Cláudia Landin. *Language and Mental Health: a dialogic regard on the therapeutic workshops of the Psychosocial Care Centers - CAPS*.

Master's degree Dissertation. Advisor: Dr. Marcos Antônio Moura Vieira.

Cuiabá: UFMT / Master's degree in studies of the Language.

We have studied in this Dissertation, with the contributions of the Speech Dialogical Analysis, the laborious activity of the professionals in the mental health area. With this purpose, we have carried out a search on a Psychosocial Care Center (CAPS) in a country of Mato Grosso state, aiming to verify, in practice, the way the correlation between prescribed and performed occurs. Our guiding questions aimed to answer how the therapeutic practices, in the biopsychosocial model of the care in mental health, have been accomplished. We also intended to study the speech genders used by the professionals in the mental health area involved in a therapy workshop in that center. Our methodology, a qualitative one, adopted the field search with participant observation. Based on theoretical and methodological assumptions of Applied Linguistics, specifically focused on the study of working situations, we used the event of the Simple Self-Confrontation (SSC) in which a protagonist of the activity confront himself with his image shot in the working situation, and starts making comments on in the presence of the researcher. A member of the mental health team was shot in two moments: when he was doing his work in a video therapy workshop and when he was making comments on this activity of his work. The data recorded on video were transcript and formed the material basis for our analyses. We also relied on the theoretical contributions of the Interactional Social-Linguistics for the setting contextualization and discussion of the verbal behavior in working situations. Thus, we analyzed a working situation of mental health in a workshop therapy, having the dialogue between the protagonists of the activity and the users as the center of the meaning development process. Our analyses indicate that the investigated professional is committed with the service and has a reflective attitude of his work in mental health. Finally, after all the steps covered, we got to the conclusion that, despite some practices introduced in the observed CAPS follow the biomedical model, the mental health team tries to develop a work that responds to the psychosocial prescription and also carry out activities that update, in biomedical practice care, some premises of this model.

Keywords: Language, Mental Health, dialogism, CAPS.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

CAPÍTULO 2

QUADRO 01 - Modalidades de atendimento do CAPS	60
QUADRO 02 – Classificação dos CAPS	61

CAPÍTULO 3

QUADRO 03 - A equipe mínima prescrita para um CAPS	68
QUADRO 04 - Escala de atividades semanais da equipe do CAPS BB	72
TABELA 01 - Características gerais dos usuários do CAPS BB	73
TABELA 02 - Características gerais dos usuários CAPS BB por sexo	74
TABELA 03 - Características dos usuários do CAPS BB por diagnóstico CID 10	75
TABELA 04 - Características dos usuários CAPS BB por modalidade e tempo de tratamento	76
QUADRO 05 - Descrição de atividades CAPS BB Dia 01 - manhã (segunda-feira, 30/10/06)	77

CAPÍTULO 4

QUADRO 11 – Perfil dos usuários	91
QUADRO 12 - Ficha Técnica do filme exibido	97
QUADRO 13 – Sinopse do filme exibido	98

CONCLUSÃO

QUADRO 14 – Palavras e expressões de modelos de atenção em SM	124
---	-----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1. CAPS – Centros de Atenção Psicossocial
2. PRATICAPS – Projeto: Análise da efetividade das práticas terapêuticas dos Centros de Atenção Psicossocial de Mato Grosso
3. UFMT – Universidade Federal de Mato Grosso
4. CliAD – Clínica da Atividade e Discurso
5. SUS – Sistema Único de Saúde
6. ACS – Autoconfrontação Simples
7. SI - Sociolinguística Interacional
8. LA - Linguística Aplicada
9. NAPS - Núcleos de Atenção Psicossocial
10. CERAMs - Centros de Referência em Saúde Mental
11. CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infantil
12. CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas
13. UNEMAT - Universidade do Estado de Mato Grosso
14. CID 10 - Classificação Internacional das Doenças em sua décima edição
15. PSF - Programa de Saúde da Família
16. SMS - Secretaria Municipal de Saúde
17. TM – Transtorno Mental
18. NESM – Núcleo de Estudos em Saúde Mental
19. APST - Análise Pluridisciplinar das Situações de Trabalho

SUMÁRIO

Dedicatória	iii
Agradecimentos	iv
Epígrafe	v
Resumo	vi
Abstract	vii
Lista de tabelas	viii
Lista de abreviaturas e siglas	ix
Sumário	x
Introdução UMA PESQUISA SOBRE LINGUAGEM EM SITUAÇÃO DE TRABALHO ENGENDRADA NA ESFERA DA SAÚDE MENTAL	13
Capítulo 1 A LINGÜÍSTICA APLICADA E AS INTERFACES COM AS SITUAÇÕES DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: ARTICULANDO UM DIÁLOGO ENTRE O PENSAMENTO E A LINGUAGEM	21
1.1 Estigma	22
1.1.1 Breves considerações sobre a Sociolingüística	26
1.1.2 A Sociolingüística Interacional	27
1.2 A Lingüística Aplicada	33
1.2.1 Breve histórico da Lingüística Aplicada	33
1.2.2 A Lingüística Aplicada às situações de trabalho	35
1.3 Algumas considerações sobre Bakhtin e seu Círculo.....	39
1.3.1 A interação verbal	41
1.4 Os gêneros do discurso	44
1.5 Os gêneros da atividade	48
Capítulo 2 DELINEANDO A ESFERA DA SAÚDE MENTAL E A ATIVIDADE DE TRABALHO NO MODELO BIOPSIKOSSOCIAL	51
2.1 A História da Psiquiatria	51
2.2 A Reforma Psiquiátrica	54
2.3 Os modelos substitutivos – os CAPS	58
Capítulo 3 A DESCRIÇÃO DA PESQUISA	65
3.1 Desenho metodológico (a descrição da pesquisa de campo)	65
3.1.1 O lócus	66

3.1.2 O cenário	67
3.1.2.1 Aspectos físicos	67
3.1.2.2 Aspectos humanos	68
3.1.2.2.1 Os profissionais	68
3.1.2.2.2 Conhecendo a demanda	69
3.2 Procedimentos	69
3.2.1 Preparação para a pesquisa de campo	70
3.2.2. A entrada no campo.....	70
3.3 A pesquisa de campo	71
3.3.1 Os primeiros resultados da coleta quantitativa	73
3.3.2 Observação participante (notas em diário de campo)	76
3.3.2.1 Coleta de dados prescritos (documentos, normas, rotinas)	78
3.3.2.2 Dispositivos de coleta de dados da oralidade (entrevista individual e em grupos; gravação em vídeo da oficina terapêutica).....	78
3.3.2.2.1 Outros registros	79
3.4 Registros utilizados nas análises	80
3.4.1 O evento da interação - a oficina terapêutica de vídeo e a gravação em áudio e em vídeo dessa oficina (a observação direta da oficina).....	80
3.4.2 O evento da Autoconfrontação Simples - ACS (gravação).....	82
Capítulo 4 A ANÁLISE DA ATIVIDADE	84
4.1 Os prescritos e os ditos na atividade das oficinas terapêuticas	84
4.1.1 O que está prescrito para a atividade de oficina de vídeo (os prescritos)	85
4.1.2 Os discursos escritos que circulam sobre a oficina de vídeo (o realizado)	86
4.2 A oficina de vídeo e os protagonistas da atividade: reflexões sobre ditos e feitos	89
4.2.1 O profissional da área de Saúde Mental – a condutora da oficina de vídeo.....	90
4.2.2 Os usuários do Sistema Único de Saúde – os	

“oficineiros”	91
4.3 Os gêneros da atividade mobilizados ou os gêneros do discurso mobilizados	93
4.3.1 O gênero oficina de vídeo	93
4.3.2 Os microgêneros de enquadre do diálogo	96
4.3.2.1 Microgêneros: saudação – despedida	96
4.3.2.2 Microgênero: exibição de filme	97
4.3.2.3 Microgênero: debate orientado	99
4.4 A análise e reflexões sobre a atividade	102
4.4.1 Na oficina de vídeo	102
4.4.2 No evento da ACS	112
4.5 Reflexões sobre os diferentes níveis de nossas análises	117
Conclusão	122
Referências bibliográficas	129
Glossário	134
Anexos	136
ANEXO A – Documentos do CAPS BB	138
ANEXO B – Material do projeto PRATCAPS	152
ANEXO C – Dados quantitativos CAPS BB	154
Apêndices	156
APÊNDICE A – Tabelas - Registros dos pesquisadores CAPS BB	157
APÊNDICE B – Imagens do CAPS BB	162
APÊNDICE C – Transcrições das gravações	164

INTRODUÇÃO

UMA PESQUISA SOBRE LINGUAGEM EM SITUAÇÃO DE TRABALHO ENGENDRADA NA ESFERA DA SAÚDE MENTAL

Esta pesquisa, realizada no Programa de Pós-Graduação em Estudos de Linguagem da Universidade Federal de Mato Grosso, na linha de pesquisa *Práticas Sociais e Práticas Discursivas*, sob a orientação do Prof. Dr. Marcos Antônio Moura Vieira, está vinculada aos projetos do orientador¹ e também ao projeto PRATICAPS – *Análise da efetividade das práticas terapêuticas dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Mato Grosso*², que tem a UFMT, via pesquisadores de diferentes faculdades, como instituição executora.

Nosso estudo também se associa ao grupo de pesquisa Atelier³ - Linguagem e Trabalho, na Linha de Pesquisa, Estudos das Práticas de Linguagem em Situação de Trabalho *stricto-sensu* e ao grupo de estudos CliAD – Clínica da Atividade e Discurso⁴. O Atelier é um dos grupos de pesquisa que realizam estudos das práticas de linguagem em situação de trabalho. Para Sant'Anna (2004, p. 35), a premissa básica dessa grupo é que se compreenda o trabalho como ele é, realizando as análises discursivas sob duas perspectivas:

a primeira, como execução do previsto, dos procedimentos estabelecidos, havendo uma divisão clara de papéis entre os que planejam e os que executam (visão taylorista); a segunda, como uma dinâmica entre as normas antecedentes (estabelecidas *a priori*) _o Registro 1_, que incluem um conjunto heterogêneo de elementos, tais como máquinas, novas instalações, manuais, programas, regras, organogramas, procedimentos, objetivos enunciados e as renormalizações, sempre parciais _o Registro 2_, que representam a organização viva do trabalho, em que o procedimento nunca é igual ao previsto a priori, pois há sempre o debate de normas (valores),

¹ Projetos: Confrontos dialógicos de discursos sobre linguagem, pensamento e atividade humana (ensino e saúde mental); Atividade e discurso nos gêneros de ensino: um projeto de análise enunciativo-discursiva do trabalho de professores; Análise da Atividade de Diagnóstico Psiquiátrico.

² Projeto PRATICAPS - aprovado pelo Edital MCT - CNPq /MS-SCTIE-DECIT/CT - Saúde 07/2005.

³ Esse grupo é formado por pesquisadores docentes e discentes dos programas de pós-graduação em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem LAEL da PUC – SP e de pesquisadores das seguintes instituições: UFMT, UERJ, USP, UFPE, UNISINOS e UFRGS, coordenado pela Profa. Dra. Maria Cecília Souza-e-Silva e vice-coordenado pelo Prof. Dr. Décio Rocha.

⁴ Grupo que desenvolve estudos e pesquisas sobre atividades de trabalho, em especial do ensino e da saúde adotando a perspectiva dos estudos bakhtinianos e vigotskianos, coordenado pelo Prof. Dr. Moura Vieira.

sendo o ator principal o trabalhador e o uso de seu corpo (visão da APST⁵).

O CliAD é um grupo de estudos que se dedica a desenvolver pesquisas sobre as atividades de trabalho e dos discursos não apenas no campo da educação, como também da saúde mental. Para tanto, dedica-se a refletir sobre as relações dialógicas entre pensamento e linguagem a partir dos trabalhos de Mikhail Bakhtin e Vigotsky.

Uma vez que a nossa formação é de professor, ao começar o Mestrado em Estudos de Linguagem, tínhamos como expectativa estudar questões discursivas, sem perder de vista o nosso próprio campo profissional. Nossa idéia inicial era trabalhar com grupos sociais que, por manter-se à margem do sistema oficial, precisassem da ajuda de um educador para ascender, efetivamente, ao processo de inclusão social. Nesse sentido, faziam parte do nosso horizonte de possibilidades de estudo de questões de linguagem no Estado de Mato Grosso os indígenas, os sem-terra ou os assentados, ou algum grupo que estivesse à parte do sistema educacional formal, ou seja, das redes estadual e municipal de ensino. Pensávamos em escolher um desses grupos na sua correlação com o Assentamento Antônio Conselheiro, onde estudaríamos questões sociolingüísticas pertinentes a esse grupo de assentados. No mestrado, travamos contato com os projetos que, na área de estudos lingüísticos, ocupavam-se da questão da atividade educativa em diferentes situações de trabalho⁶ e dos discursos da saúde mental associados à inclusão social de pessoas que padeciam de sofrimento psíquico⁷. Compreendemos, então, que este grupo de pessoas também apresentava práticas discursivas e sociais que mereciam ser estudadas do ponto de vista discursivo.

Nosso interesse pelo tema da saúde mental se aprofundou no contato com os projetos do orientador e as disciplinas do mestrado ministradas por ele, bem como pela participação nas atividades dos grupos de pesquisa Atelier e CliAD.

Durante as disciplinas do mestrado, especialmente *Tópicos em Lingüística Aplicada e Saúde Mental: cuidado e integração*, discutimos algumas correlações dos estudos da linguagem com a saúde mental. Observamos, por exemplo, que muitas pesquisas da Sociolingüística tiveram como campo de estudo a instituição psiquiátrica (Goffman, Tunner); que os estudos de Lacan influenciaram a teoria da

⁵ Análise Pluridisciplinar das Situações de Trabalho.

⁶ Projeto: *Atividade e discurso nos gêneros de ensino: um projeto de análise enunciativo-discursiva do trabalho de professores.*

enunciação de Benveniste (1995); que algumas idéias psicanalíticas (Freud, Lacan) participaram da criação da escola da Análise do Discurso de Pêcheux. Enfim, que a correlação entre pensamento e linguagem, subjetividade e discurso, não era estranha ao campo dos estudos lingüísticos. Mais ainda, pudemos compreender que era possível trabalhar a questão dos efeitos de sentido tendo como material, os discursos e a atividade dos profissionais da saúde mental.

No decorrer dos primeiros meses do curso de mestrado travamos contato com as instituições de saúde mental implantadas no Sistema Único de Saúde (SUS) como serviços substitutivos às instituições psiquiátricas hospitalares, aquelas chamadas de “instituições totais”⁸ pelo sociolinguista Erving Goffman (2005).

Conhecemos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que apresentam o seu projeto de trabalho baseado em uma ideologia que busca se diferenciar do que Foucault (1973-1974) chamou de “ideologia psiquiátrica”.

Os CAPS fazem parte de um novo projeto de atenção e cuidado aos portadores de sofrimento mental que busca orientar-se pelo modelo biopsicossocial⁹ em contraponto a um modelo biomédico¹⁰. Tal proposta de organização da atenção em saúde mental que se declara vinculada a uma ideologia antimanicomial oferece, portanto, novas possibilidades de pesquisa e análise dos discursos que aí serão produzidos. Assim, o campo da Saúde Mental é uma esfera da atividade humana que vem despertando interesse e preocupação nos estudos da linguagem, mais especificamente da Lingüística Aplicada às situações de trabalho.

Nesse sentido, atendendo às nossas expectativas e aos projetos em andamento no Mestrado em Estudos de Linguagem, em nossa pesquisa construímos um espaço para estudar questões de linguagem em instituição não diretamente acadêmica, no caso, uma instituição do campo da saúde, mais precisamente da saúde mental: o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que cobria a área do Assentamento Antônio Conselheiro.

Participando das discussões do projeto PRATICAPS, entendemos a importância das contribuições da perspectiva dos Estudos da Linguagem para essa pesquisa, o que nos levou a refletir e buscar as respostas para as múltiplas possibilidades de investigação e análise sobre esse tema instigante, a saúde mental,

⁷ Projeto: *Análise da Atividade de Diagnóstico Psiquiátrico*.

⁸ Um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada.

⁹ Modelo de tratamento dispensado aos portadores de sofrimento mental com enfoque para a saúde.

¹⁰ Modelo de tratamento dispensado aos portadores de transtorno mental com enfoque para a doença.

que, de alguma forma, mantém-se refém dos sentidos com os quais se constitui (u) o fenômeno da loucura.

Nesse sentido, antes de apresentarmos as questões norteadoras e os objetivos desse nosso estudo, é importante fazermos uma breve digressão para ressaltar que, ao decidirmos trabalhar com o discurso da saúde mental, é preciso instituir um contra-discurso que é o da doença mental. Entretanto, antes ainda da estabilização do espaço de sentido de doença mental, outro termo era usado como um campo semântico primário: a loucura - essa palavra e/ou fenômeno que sempre esteve presente na história da humanidade. Mais especificamente à época do Classicismo, período que se estendeu do século XVI ao XVIII, o assunto foi representado exaustivamente por escritores, filósofos, artistas e até mesmo teólogos, que exprimiram em seus poemas, em textos em prosa, em imagens, a história dos homens e sua relação com a loucura (Foucault, 2005). Ao retratar os discursos da loucura, mostravam a forma como eram vistas e tratadas todas as pessoas julgadas como “loucas”. Histórias que a princípio se alternavam entre o dom da premonição, do status de bobo da corte, da acusação de bruxaria e possessão demoníaca, passavam pela miséria e criminalidade e chegavam à degradação humana e à exclusão social.

Podemos dizer que, durante muito tempo na história da humanidade, os loucos gozaram de uma certa liberdade de ir e vir e de manifestar a sua condição de diferença. Na Idade Média, passaram, institucionalmente, a serem acusados pela Igreja Católica de hereges e bruxos, foram perseguidos e condenados. Com o advento da Revolução Industrial, a loucura passou a ser confundida com os problemas gerados pelo crescimento das cidades. Loucos, ladrões, prostitutas e desocupados eram recolhidos primeiro às prisões e, posteriormente, levados aos porões das Santas Casas de Misericórdia, que nessa época não eram geridas por médicos, mas pelas ordens religiosas (Moura Vieira, Oliveira & Andrade, 2006, p. 13-18).

Após a Revolução Francesa, a concepção de loucura como doença mental e a forma de tratamento das chamadas doenças psíquicas com a internação hospitalar se consolidaram a partir do tratamento Moral instituído pelo médico francês Phillippe Pinel. Tal medicalização de um fenômeno social complexo foi resultado da concepção da ciência positivista e classificatória possibilitada pelo Renascimento (idem).

A concepção de leitura da loucura com as lentes da medicina segregatória foram uníssonas até a segunda metade do século XX, quando ocorreu a Reforma Psiquiátrica, momento em que uma nova postura de assistência foi adotada em relação às pessoas com transtornos mentais: não mais a doença como o norte da ação, mas a subjetividade e a cidadania como possibilidades de expressão da saúde (idem).

Nos anos sessenta do século passado, viu-se crescer os movimentos de contra-cultura, a antipsiquiatria, a psicanálise, a psiquiatria social e, nesse contexto de mudanças, a experiência italiana de reforma do sistema de atenção psiquiátrica iniciada com os médicos Franco Rotelli e Franco Basaglia foi referência para outros países, inclusive para o Brasil. O chamado Movimento da Luta Antimanicomial brasileiro nasceu orientado sobre questões de ordem trabalhista dos profissionais da saúde mental e sobre questões de ordem de direitos humanos dos usuários do Sistema Público de Saúde. As denúncias das políticas de saúde mental corporativas e segregatórias influenciaram os gestores do SUS a adotarem o discurso e as ações direcionadas a uma ideologia biopsicossocial (Moura Vieira, Oliveira & Andrade, 2006, p. 19-22).

Assim, a “desinstitucionalização”, ou seja, a retirada dos pacientes dos asilos e a construção de sistemas e serviços substitutivos de atenção levaram às mudanças profundas no sistema psiquiátrico. O novo paradigma, biopsicossocial, rompe com o predomínio cultural do modelo segregativo clássico da Psiquiatria no qual o manicômio constituía a única resposta ao sofrimento psíquico (Rotelli, 1990, p. 20). Dessa maneira, a extinção progressiva dos manicômios foi acontecendo, dando lugar às formas alternativas de cuidado e integração.

Foi em meio a esse movimento de reformas que surgiram, no Brasil, os CAPS. A proposta desses centros consiste em abolir as internações oferecendo, como opção, um atendimento diferenciado aos seus usuários, tentando, dessa maneira, contribuir para a extinção do modelo hospitalocêntrico.

Na última década, os CAPS se expandiram por todo o país e sua estrutura, hoje, abrange uma rede de atenção com o intuito de promover a saúde e a cidadania às pessoas que padecem de sofrimento psíquico. Conforme diretrizes do Ministério da Saúde (2004), seu objetivo prioritário é o de promover a inclusão de todos aqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais e como propostas de se realizar essa inclusão, os CAPS oferecem tratamentos terapêuticos

alternativos a fim de que o usuário receba cuidado clínico favorecendo, assim, a sua reabilitação psicossocial.

Para realizarmos esta pesquisa, analisamos a situação de trabalho de uma equipe de Saúde Mental num Centro de Atenção Psicossocial - CAPS do interior do Estado de Mato Grosso, mais especificamente em um município que vamos chamar de “município BB”, com aproximadamente 30 mil habitantes e que dista 160 km de Cuiabá, a capital do Estado. Depois de observar o trabalho da equipe de saúde mental por algumas semanas, escolhemos como foco do nosso estudo uma oficina terapêutica classificada como “expressiva”, a oficina de vídeo, pois a mesma tem papel destacado no projeto de atenção aos usuários desses serviços psicossociais.

É nesse contexto que nos inserimos para realizar a nossa pesquisa com o objetivo principal de verificar, na prática, como se dá a correlação entre os prescritos (Ministério da Saúde, 2004) e o realizado (o trabalho em saúde mental do CAPS do município BB), ou seja, como acontece o ajuste entre o que se idealiza como trabalho a ser feito e o que efetivamente se realiza.

Com esse objetivo estabelecido, levantamos também as nossas questões norteadoras, as quais respondemos na conclusão. São elas: 1) qual o papel dos gêneros do discurso para o desenvolvimento do trabalho em Saúde Mental? e 2) como os efeitos de sentido encontrados na atividade psicoterapêutica podem contribuir na mediação e na realização das prescrições do trabalho psicossocial em Saúde Mental?

Além do objetivo geral, anteriormente mencionado, preocupamo-nos em atender a outros três objetivos específicos. Primeiramente, o de descrever dimensões de uma “atividade linguageira da saúde mental” em diversos níveis de produção de sentidos, encontrados, por exemplo, no ambiente de trabalho, nos recursos tecnológicos, na organização da tarefa, na descrição do produto final, ou seja, do resultado da oficina. O segundo, de analisar dialogicamente a situação de trabalho de um profissional da área de saúde mental. O terceiro, verificar como as oficinas terapêuticas, uma das principais formas de tratamento oferecidas pelos CAPS, mobilizam microgêneros da atividade para a gestão dos objetivos (prescritos) para os quais foram criadas, tais como: a integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas e o exercício da cidadania (Brasil, 2004, p. 20).

Para dar conta dos objetivos geral e específicos, utilizamos o recurso metodológico da confrontação de discursos em três eixos: I. os prescritos, nas normas e rotinas, sobre como deve ser o trabalho (trabalho prescrito); II. os escritos do trabalho cotidiano nas atas e registros (trabalho real); III. os comentários do protagonista da atividade sobre a oficina por ele coordenada (os quais observamos e filmamos¹¹). Realizamos, então, uma análise dialógica do discurso que confrontou os escritos, os ditos e os feitos numa oficina psicoterapêutica a partir do comentário do trabalhador que a realizou (Moura Vieira, 2005, p. 15). Em nosso desenho metodológico, adotamos a perspectiva dialógica para conhecer o processo de assistência no CAPS, investigado a partir do exemplo da atividade desenvolvida em uma oficina, coordenada por um profissional da área de saúde mental que atua como mediador de um provável gênero discursivo que se dará a conhecer.

Desse modo, realizamos esta pesquisa sob a ótica discursiva dos estudos da linguagem, mais especificamente recorrendo à concepção bakhtiniana¹² da metalingüística enunciativa (Análise Dialógica do Discurso). Mobilizamos basicamente noções de interação, dialogismo, gênero do discurso e gênero da atividade humana. Recorrendo à dimensão enunciativo-discursiva, ou seja, ao produto dos sentidos na interação de indivíduos socialmente organizados (Bakhtin, 2006, p. 126), analisamos a situação de trabalho e os discursos da atividade de saúde mental dos quais esse profissional será o porta-voz.

A presente dissertação está organizada conforme segue. Nessa introdução, apresentamos nossa pesquisa, traçando um panorama da esfera de atividade humana em que ela se realizou, a Saúde Mental; comentamos sobre o nosso interesse e opção pelo tema; fizemos uma breve exposição do fenômeno da loucura nas suas relações com as formas de assistência; contextualizamos o momento atual da assistência em Saúde Mental no modelo psicossocial e falamos dos Centros de Atenção Psicossocial como o espaço-tempo da nossa pesquisa; apresentamos as questões norteadoras e os objetivos de nosso estudo; sinalizamos as vertentes teóricas nas quais nos embasamos.

¹¹ Conforme explicitaremos no capítulo de descrição da pesquisa, para a obtenção do material discursivo de base para a análise, registramos em áudio e vídeo a atividade desenvolvida na oficina terapêutica de vídeo. Após isso, realizamos o evento da Autoconfrontação Simples (ACS) (Moura Vieira, 2005, p. 215) com a psicóloga que coordena a oficina expressiva de vídeo, com o objetivo de compreender o que se faz na situação concreta de trabalho.

¹² Mikhail Bakhtin e seu Círculo realizaram estudos da linguagem sob a perspectiva dialógica. O Círculo conta com os teóricos Volochínov e Medviédiev.

No primeiro capítulo, discutimos as teorias que fundamentam a nossa abordagem, fazendo referências à obra de Mikhail Bakhtin e seu Círculo, no que se refere à concepção de dialogismo e gêneros do discurso. Nessa fundamentação, desenvolvemos outros tópicos que delineiam os campos de saberes aos quais recorreremos: a Sociolingüística, a Sociolingüística Interacional e a Lingüística Aplicada às situações de trabalho. Desse modo, realizamos a articulação entre trabalho e discurso.

O segundo capítulo apresenta a esfera da atividade em Saúde Mental. Fizemos uma contextualização das idéias e do sistema de atenção adotados nos últimos anos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro; desenvolvemos itens que abordam a Psiquiatria, a Reforma Psiquiátrica, os CAPS e, por fim, assinalamos a atividade de trabalho desenvolvida no CAPS analisado.

O terceiro capítulo traz uma descrição da pesquisa, detalhando as etapas percorridas, ou seja, apresentando o desenho metodológico por nós adotado. Discorreremos sobre a nossa participação no projeto PRATICAPS, o CAPS investigado, as oficinas terapêuticas, o profissional da área de saúde mental e o método adotado para a obtenção do material discursivo de base para a análise dessa situação de trabalho.

No quarto capítulo de nosso trabalho, o de análise, recorrendo ao material discursivo produzido no dispositivo da Autoconfrontação Simples (ACS), realizamos a análise da situação de trabalho específica da oficina de vídeo como ponto de ancoragem para compreender a atividade global do profissional que atua na área de saúde mental.

Finalmente, na conclusão, apresentamos algumas reflexões sobre os nossos resultados, comentamos sobre os limites da pesquisa e assinalamos as contribuições do nosso estudo. Assinalamos, também, alguns caminhos para aqueles que, de alguma forma, como Rotelli (1990, p. 01), acreditam ser possível um novo olhar e uma nova forma de agir e pensar o discurso na/da saúde mental.

CAPÍTULO 1 A LINGÜÍSTICA APLICADA E AS INTERFACES COM AS SITUAÇÕES DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: ARTICULANDO UM DIÁLOGO ENTRE O PENSAMENTO E A LINGUAGEM

Neste capítulo, procedemos a uma revisão bibliográfica sobre as idéias, noções e conceitos que mobilizamos em nosso estudo. Situamo-nos no campo da Linguagem, mais precisamente da Lingüística Aplicada às Situações de Trabalho a partir da perspectiva dialógica formulada por Mikhail Bakhtin e seu Círculo.

Começamos assinalando, no item 1.1, os pesquisadores que realizaram estudos sobre a linguagem, em especial a linguagem em instituições fechadas, como os manicômios. Ressaltamos os aspectos interacionais de representação social do “eu” e de processos de estigmatização que foram engendrados no campo da Sociolingüística Interacional. No item 1.2, situamo-nos no campo da Lingüística Aplicada às situações de trabalho e introduzimos conceitos fundamentais para esse campo de estudos interdisciplinares. Mostramos, mais especificamente, pesquisas que correlacionam a linguagem em situação de atividade de trabalho, ou seja, práticas languageiras¹³ em esferas da atividade humana. Fazemos isso pontuando a correlação da Lingüística Aplicada à Ergologia¹⁴ e à Clínica da Atividade¹⁵. No item 1.3 passamos, a partir das relações instituídas nos itens anteriores, a apresentar as noções bakhtinianas de dialogismo e de gênero do discurso em sua correlação com os desdobramentos conceituais aplicados ao campo da linguagem nas atividades de trabalho. Apresentamos, então, a noção de gênero da atividade e comentamos acerca da importância das implicações teóricas para a compreensão dos gêneros mobilizados na atividade específica de saúde mental que estudamos.

¹³ Nessa pesquisa, empregamos a expressão prática languageira para demarcar um campo de utilização específico da fala no domínio da dupla significância da linguagem, ou seja, a linguagem é um sistema que serve aos outros sistemas (matemático, de sinais operatórios, jurídicos, filosóficos, etc.) para possibilitar a atividade de representação e a refração de efeitos de sentido no mundo social (Moura Vieira, 2004).

¹⁴ Modo de enfocar o trabalho e de produzir conhecimento sobre ele e suas relações, tendo como ponto de partida e de chegada, a atividade. Uma nova disciplina que entende o trabalho a partir dos conceitos do trabalho como atividade humana.

¹⁵ Formada por pesquisadores que desenvolvem uma abordagem ergológica do trabalho e que operam entre a subjetividade e a atividade, focalizando coletivos de trabalho por meio dos quais são confrontados saberes científicos e práticos.

1.1 Estigma

Para iniciar nossa incursão pela linguagem, atentamos para um conceito que, advindo dos estudos sociolinguísticos, tem muita relação com a esfera de atividade da saúde mental. Trata-se do conceito de “estigma” estudado por Erving Goffman (1982) no livro homônimo.

Assinalamos esse conceito porque, em nossa pesquisa, abordamos como sujeitos, pessoas chamadas portadores de transtornos mentais. Desse modo, nos ocuparemos em discorrer sobre o sentido de atribuir o estigma de “doentes mentais”, mas com o enfoque voltado para o momento da interação, ou seja, quando uma pessoa que tem um estigma se encontra face a face com outra(s) que não possui (em) um estigma, também chamada(s) de “normal (is)”. Essas situações são comuns em interações na área da saúde, quando um profissional “normal” se encontra com uma pessoa potencialmente “estigmatizável” (Moura Vieira & Cox, 1999). Assim, devemos mencionar, também, que é pela compreensão da especificidade desse tipo de interação que começamos a organizar a nossa base de materiais enunciativos para a análise discursiva.

As pessoas que são potencialmente objeto de um estigma, ou seja, “estigmatizáveis”, estão colocadas socialmente na “situação do indivíduo que está no limite de ser considerado inabilitado para a aceitação social plena”. Já ao indivíduo “estigmatizado” são atribuídos valores sociais, em geral depreciativos, que os diferencia dos sujeitos normais (Goffman, 1982, p. 04). Desse modo, os “estigmatizados” passam por situações de conflito nas relações sociais em posição de assimetria interacional.

Ilustramos a questão do estigma com exemplos de situações de interação entre pessoas nos quais esses valores de classificação social: normal, estigmatizável e estigmatizado são aplicáveis. Essa gradação pode ser atribuída seja por familiares e amigos, seja por grupos com características assemelhadas e por outras pessoas. Tais sentidos atribuídos nas interações acabam mostrando os papéis sociais que se desempenham (jogam) nessas relações sociais.

Primeiramente, é importante apresentar os tipos de estigmas e sua classificação a partir das pesquisas da Sociolinguística Interacional realizadas por Goffman (ib., p. 07). Foram propostos três grupos, a saber: 1) Das abominações do

corpo, por exemplo, as várias deformidades físicas; 2) Das culpas de caráter individual, percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas ou rígidas, desonestidade, sendo essas inferidas a partir de relatos conhecidos de, por exemplo, distúrbio mental, prisão, vício, alcoolismo, homossexualismo, desemprego, tentativas de suicídio e comportamento político radical; 3) Dos estigmas tribais de raça, nação e religião, que poderiam ser transmitidos através da linhagem e contaminar por igual todos os membros de uma família, por exemplo, na época atual, o estigma de ser muçulmano.

Em todos esses grupos, observamos uma característica de ordem sociológica que lhes é comum: “um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social cotidiana possui um traço que pode-se impor a atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus”. (ib., p. 07)

Mais especificamente, o paciente psiquiátrico ou o indivíduo que padece de sofrimento psíquico faz parte do grupo 2. Desse modo, a primeira observação a se fazer, no que diz respeito às pessoas que são objeto de tratamento nos serviços de saúde mental, é que esse estigma as acompanhará por muito tempo. Principalmente se essas chegarem a ser internadas em uma instituição manicomial, que por si mesma, como instituição fechada, também é estigmatizada. Uma pessoa, uma vez identificada como “paciente psiquiátrico”, ou seja, quando passar de estigmatizável para estigmatizada, carregará este estigma até quando já estiver fora desse internamento. Uma vez estigmatizada socialmente, é muito difícil voltar a ser vista pelo horizonte social ampliado como “normal”.

A partir dos seus exemplos de observações, Goffman (ib., p. 87) afirma, então, que o fator de preocupação do estigmatizado “psiquiátrico”, em princípio, se dá em relação ao local de seu internamento, “como é o caso do paciente mental que sente-se agradecido por descobrir que o lugar de seu internamento está fora de sua cidade e, portanto, bem isolado de seus contatos habituais” (ib., p. 88). Podemos perceber que o paciente indicado para a internação apresenta um sentimento de alívio ao saber que este procedimento se dará fora de sua cidade, ou seja, estará fora do alcance de suas relações sociais. Uma internação psiquiátrica é um marco no processo de rompimento das relações sociais do estigmatizado e, conseqüentemente, a ausência de informação sobre a internação pode manter uma

face de normalidade do indivíduo preservada junto aos membros de sua comunidade.

Já no período de internamento, na interação entre o paciente e os membros de sua família que irão visitá-lo, poderá ocorrer a seguinte situação:

quando o paciente mental está no sanatório, e quando se encontra com membros adultos de sua família ele é tratado com tato, como se fosse sadio quando, na realidade, há dúvidas sobre isso, mesmo que não de sua parte ou, então, ele é tratado como insano quando sabe que isso não é justo. (ib., p. 49)

Outro fator a ser considerado é que a vida íntima da pessoa estigmatizada também é afetada. Do lado de fora do hospital, as relações sociais dos membros de sua família com outras pessoas também são alteradas. Cita-se o exemplo de uma mãe que, vivenciando a situação de internamento, diz: “Vivo presa de terror – verdadeiro terror – de que alguém possa contar tudo ao meu filho” (ib., p. 49). Esse exemplo mostra bem que o estigma se instala em uma relação de diálogo, ou seja, se ninguém diz nada ao filho, a mãe pode manter com ele um diálogo no papel de normal ou, no máximo, de “estigmatizável”, nos limites da desconfiança do que ainda não foi descoberto. Saber que ela está internada implica em afirmar o estigma.

Dessa forma, pode-se ser estigmatizado para uns e, ao mesmo tempo, normal ou estigmatizável para outros. Tal situação é explicitada por Goffman, ao comentar que, quando o período do internamento acaba, o ex-paciente mental ainda tem que enfrentar outro problema em suas relações sociais fora do internamento e que o deixará constrangido. É a situação em que vai “ ter que cumprimentar, fora do hospital, alguém que conheceu lá dentro, dando margem a que uma terceira pessoa pergunte, 'Quem era ele?' ” (ib., p. 60)

Até agora, Goffman apresenta situações em que não há interesse de ordem econômica, como por exemplo, a busca por um emprego. Essa situação era tão constrangedora ou mais ainda do que aquelas já descritas, pois os

pacientes que eram obrigados a contar com o funcionário da reabilitação, o funcionário do serviço social ou com as agências de emprego para encontrar um trabalho, quase sempre discutiam com seus companheiros as contingências que teriam que enfrentar e a estratégia padrão para lidar com elas. (ib., p. 83)

Ao falar da cooperação das pessoas que trabalham no hospital, ou na rede de assistência ao paciente psiquiátrico, Goffman ilumina um novo tipo de parceiro do estigmatizado, que chama de um “informado”. O informado é um “normal”, ou seja, uma pessoa fora do grupo que recebe as características de estigma, mas que por força do seu trabalho é obrigado a interagir com o estigmatizado, a dialogar com ele, a conhecê-lo de perto. Por ser informado, esse normal tem mais condições de compreender o estigmatizado e de colaborar com ele. Um estigmatizado não tem medo ou vergonha de falar de si mesmo para um normal informado, admite-o no seu grupo, conta com ele para ajudá-lo a recuperar uma face (re)normalizada.

Entretanto, nos casos acompanhados por Goffman, mesmo quando o ex-paciente conseguia um emprego, após o regime de internação, ele ainda se encontrava numa situação de desconforto, pois, para que fosse admitido, seria necessário que o empregador conhecesse o seu estigma.

Enfim, acompanhando essas observações e exemplos sobre o estigma da perspectiva de Goffman, pudemos notar que as relações de interação são muito delicadas para a pessoa estigmatizada, pois ela precisa retomar sua vida, refazer seus laços sociais, arrumar um emprego. Essa tentativa de reatar os laços sociais rompidos por sua doença, por seu estigma, é sempre muito difícil, tanto por parte da pessoa estigmatizada quanto por parte das pessoas “normais”.

Goffman teve a preocupação de mostrar como as relações sociais acontecem, abordando o paciente mental como pessoa estigmatizada nas interações que ocorrem em sua vida, antes, durante e depois do processo de internamento. Entretanto, teve a preocupação também de mostrar que os papéis em interação no mundo social não são estanques, não podem se repetir como o retrato imóvel de indivíduos concretos. Assim sendo, não deveria causar surpresa o fato de que, em muitos casos, “aquele que é estigmatizado num determinado aspecto exhibe todos os preconceitos normais contra os que são estigmatizados em outro aspecto”. (ib., p. 118)

O estudo da linguagem nas relações sociais tendo a interação como o seu objeto se consolidou em um campo da Linguística, a Sociolinguística, mais especificamente em uma de suas vertentes, a Sociolinguística Interacional.

Nos itens a seguir, levantamos alguns aspectos dessa disciplina que nos oferece os aportes teóricos e metodológicos para a nossa análise.

1.1.1 Breves considerações sobre a Sociolingüística

Atualmente a Sociolingüística é uma área da Lingüística que estuda a língua inserida num contexto social. Os pesquisadores dessa área estão preocupados em abordar o fenômeno lingüístico. Mas nem sempre essa abordagem foi concebida assim. Vamos acompanhar um pouco da revisão histórica que Alkmim (2005) e Camacho (2005) fizeram sobre esse campo da Lingüística.

No início do século XX, uma determinada orientação do trabalho em Lingüística excluía qualquer estudo em que se considerasse a natureza social, histórica e cultural na observação, descrição, análise e interpretação do fenômeno lingüístico. Podemos inserir, nesse momento, os estudos realizados por Saussure e alguns dos seus discípulos estruturalistas ¹⁶.

Todavia, a preocupação de relacionar linguagem e sociedade esteve presente no pensamento de muitos autores do século XX. Tal preocupação apareceu em estudos culturais, a exemplo de F. Boas e seus discípulos mais conhecidos, Edward Sapir e Benjamin L. Whorf. Essa vertente fora chamada de Antropologia Lingüística. Desse modo, lingüistas e antropólogos começaram a trabalhar lado a lado, fazendo com que estudos de base cultural e sociológica nascessem de uma forma interdisciplinar.

Por volta da década de 60, essas pesquisas dão frutos mais elaborados e se destacam estudiosos e suas obras, as quais se constituíram como referências na proposta de se pensar a questão do social nos estudos lingüísticos. Por exemplo, na publicação do trabalho sobre a comunidade da ilha de Martha's Vineyard, no litoral de Massachusetts, em 1963, Labov (1963) mostrou a importância "dos fatores sociais na explicação da variação lingüística, isto é, da diversidade lingüística observada".

Em 1964, surgia o termo Sociolingüística, em um congresso organizado por William Bright na Universidade da Califórnia em Los Angeles (UCLA). Nesse evento, participaram vários pesquisadores dessa área, entre eles, John Gumperz e William Labov. Foi, então, a partir da atividade de vários estudiosos, que a Sociolingüística se constituiu (Alkmim, 2005).

Desse modo, essa perspectiva inaugurada por Labov, na qual apresenta como objeto de estudos da Sociolingüística a manifestação da linguagem no

contexto social e, sobretudo, em situações informais (Camacho, 2005, p. 66), mostra-nos que a linguagem é a expressão mais característica de um comportamento social e, por isso, impossível separá-la de suas funções sócio-interacionais. (ib., p. 55)

Finalmente, centradas no estudo do fenômeno lingüístico relacionado ao contexto social e cultural é que surgem as novas vertentes de pesquisa em Sociolingüística. São elas:

1. Sociologia da Linguagem – encetada por J. Fishman;
2. Dialectologia Social - associada ao trabalho de estudiosos como R. Shuy e P. Trudgil;
3. Etnografia da Comunicação - com os trabalhos de D. Hymes e R. Bauman;
4. Sociolingüística Interacional – associada ao nome de J. Gumperz e Erving Goffman.

No item a seguir, vamos nos deter mais especificamente na vertente quatro, a Sociolingüística Interacional, pensando no propósito de realizar a análise dos microgêneros interacionais que ocorrem no trabalho dos profissionais de saúde mental com os usuários dos CAPS nas oficinas terapêuticas.

1.1.2 A Sociolingüística Interacional

Segundo Camacho (2005, p. 50), na área da Sociolingüística, desenvolve-se o interesse em descrever e analisar as formas dos 'eventos de fala', especificamente,

as regras que dirigem a seleção que o falante opera em função dos dados contextuais relativamente estáveis, como a relação que ele contrai com o interlocutor, com o assunto da conversa, e outras circunstâncias do processo de comunicação, como espaço e tempo e, sobretudo, as regras que dirigem o modo como cada participante sustenta a interação verbal em curso. (ib., p. 50)

Tal escola caracteriza a Sociolingüística Interacional, doravante SI, que se dedica aos estudos nos quais os pesquisadores se orientam para a seguinte pergunta: "O que está acontecendo aqui e agora?" (Ribeiro & Garcez, 1998, p. 08)

¹⁶ Entre eles, Bally e Sechehaye.

É essa a questão norteadora das pesquisas nessa área, na qual a interação face a face torna-se o cenário de significado social com o objetivo de se estudar o uso da língua nessa interação.

Ancorada na pesquisa qualitativa empírica e interpretativa, a SI apresenta como eixo temático "o estudo da organização social do discurso em interação, ressaltando a natureza dialógica da comunicação humana e o intenso trabalho social e lingüístico implícito na co-construção do significado" (Ribeiro & Garcez, 1998, p. 08). A partir dessas orientações, deve-se também dar importância para o contexto onde a interação acontece, pois é nele que

os interagentes levam em consideração não somente os dados contextuais relativamente mais estáveis, sobre participantes (quem fala para quem), referência (sobre o quê), espaço (em que lugar) e tempo (em que momento), mas consideram sobretudo a maneira como cada um dos presentes sinaliza e sustenta o contexto interacional em curso. (ib., p. 09)

Em nossa pesquisa, revisamos conceitos articulados pelos estudiosos Goffman, Gumperz e Tannen & Wallat¹⁷, os quais nos permitiram compreender melhor o processo interacional que envolve os protagonistas da atividade de saúde mental, ou seja, os profissionais da equipe de saúde mental e os usuários do CAPS.

Assim, Goffman (1998) apresenta o conceito de "situação social", mas, antes, faz uma discussão sobre as duas correntes de análise que envolvem os estudos sobre a interação face a face: a correlacional e a situacional. A primeira delas prioriza "a descoberta de novas propriedades ou indicadores no comportamento lingüístico" (ib., p. 12), levando em consideração os comportamentos gestuais associados com o falar, ou seja, a língua, as sobrancelhas, as mãos, o nível do som. Poderíamos dizer que são fatores "internos" aos interlocutores e que não são transmitidos na escrita.

Já a segunda leva em conta os "atributos sociais correlacionados à fala" (ib., p. 12). Aqui poderíamos dizer que são fatores "externos" aos interlocutores. Assim,

o falante está conversando com alguém do próprio sexo ou do sexo oposto, subordinado ou superior, com um ouvinte ou com muitos, alguém ali mesmo ou ao telefone; está lendo um *script* ou falando espontaneamente; a ocasião é formal ou informal, de rotina ou de

¹⁷ Os artigos desses autores se encontram reunidos no trabalho de Ribeiro & Garcez, 1998.

emergência?, são valores reconhecidos na situação imediata enquanto ela acontece. (ib., p.13)

Nos estudos das propriedades da fala, as duas vertentes ocorrem. Mas, em ambos os estudos, há que se considerar a "situação social", pois ela surge no instante em que dois ou mais falantes se encontram e sua duração acontece até que o último indivíduo saia.

Nessa situação de interação, existem regras de convivência que mostram como os falantes devem agir, organizar-se e se comportar na presença de outras. Desse modo, para Goffman (1998, p. 14), duas ou mais pessoas podem, em uma situação social, ratificar conjuntamente uma(s) à(s) outra(s) como co-sustentadoras autorizadas de um único foco de atenção cognitiva e visual, mesmo que esse foco seja móvel.

Goffman (ib., p. 14) denomina essas situações de "encontros" ou "comprometimento de face", nas quais existem regras para o seu início e o seu fim, para a entrada e saída dos participantes e para todas as exigências que um encontro requer, como espaço, som, participantes excluídos, mas presentes à situação.

Nesses encontros, acontecem os "turnos de fala" e estes, por sua vez, ocorrem em situações de fala. A fala sempre ocorre dentro de um arranjo social e os turnos de fala devem estar inseridos numa colaboração íntima para que um turno "não se sobreponha ao anterior em demasia, nem que precise de um acréscimo conversacional supérfluo, já que o turno de alguém deve estar sempre e exclusivamente em andamento". (ib., p. 14)

Em uma análise de turnos de fala e de coisas ditas durante o turno de alguém, os turnos devem pertencer ao estudo da interação face a face. Essa interação possui regulamentos, processos e estrutura, mas esses elementos não são de natureza lingüística, apesar de serem expressos em um meio lingüístico.

Em uma pesquisa, ao se analisar as situações de interação que ocorreram entre os protagonistas da atividade de saúde mental, por exemplo, usuários e psicólogo, se poderia recorrer ao conceito de *footing* apresentado por Goffman¹⁸. A saber:

¹⁸ Goffman apresenta esse conceito a partir de um exemplo de um segmento de interação noticiado jornalisticamente, envolvendo o presidente dos EUA e uma jornalista, ocorrido em 1973. O artigo homônimo se encontra em Ribeiro & Garcez, 1998.

1. O alinhamento, ou porte, ou posicionamento, ou postura, ou projeção pessoal do participante que está, de alguma forma, em questão;
2. A projeção pode ser mantida através de uma faixa de comportamento que pode ser mais longa ou mais curta do que uma frase gramatical, de forma que a gramática frasal não será de grande ajuda, embora pareça claro que alguma forma de unidade cognitiva está minimamente presente, talvez uma "oração fonêmica". Estão implícitos segmentos prosódicos, não sintáticos;
3. Deve ser considerado um contínuo que vai das mais evidentes mudanças de posicionamento às mais sutis alterações de tom que se possam perceber;
4. Quanto aos falantes, a alternância de código está comumente presente e, se não está, estarão presentes ao menos os marcadores de som que os lingüistas estudam: altura, volume, ritmo, acentuação e timbre;
5. É comum haver, em alguma medida, a delimitação de uma fase ou episódio de nível "mais elevado" da interação, tendo um novo *footing*, um papel liminar, servindo de isolante entre dois episódios mais substancialmente sustentados.

Caso haja uma mudança de *footing*, haverá também uma mudança no alinhamento, que será expressa na forma de conduzir a produção ou mesmo a recepção de uma dada elocução, em nosso caso, na condução da oficina de vídeo feita pelo profissional da atividade, mais especificamente no debate orientado.

Numa interação face a face, poderá haver, além da troca de papéis de falante e ouvinte, outros itens que deverão ser considerados, como por exemplo, outros participantes acrescentados ou presença de não-participantes.

Contudo, numa interação, outros sentidos corporais também são mobilizados, além da audição, como a visão e o tato, pois

no gerenciamento da tomada de turno, na avaliação da recepção através das pistas visuais dadas pelo ouvinte, na função paralingüística da gesticulação, na sincronia da mudança de olhar, na mostra das evidências de atenção (como na olhada à meia distância), na avaliação da absorção através da evidência de desenvolvimentos colaterais e expressões faciais, em todas estas instâncias é evidente que a visão é fundamental, tanto para o falante quanto para o ouvinte. (ib., p. 74)

Assim, essas percepções visuais e auditivas podem ser feitas por participantes eventuais, ou seja, não-ratificados no encontro. Esses participantes são

denominados “circunstantes” e captam alguns elementos da conversação, como, por exemplo, quem está encontrando com quem, quais são os ouvintes, etc.

Na dinâmica da participação ratificada, as práticas convencionais para a realização de atos, como abrir e encerrar um encontro, aderir ou abandonar um encontro em curso, encontros que se dividirem ao meio, formam uma instabilidade estrutural muito abrangente. Daí o termo “situação social”, que é a “arena física absoluta na qual as pessoas presentes estão ao alcance visual e auditivo umas das outras”. (ib., p. 80)

Goffman apresenta também o termo “status de participação”, termo esse que se refere à relação de qualquer um dos membros de uma elocução. Essa relação é denominada “estrutura de participação” para determinado momento de fala. Assim, esses dois termos juntos, “status de participação” e “estrutura de participação”, compõem “toda a atividade na situação em si”. (ib., p. 81) Dessa forma, em uma conversa padrão

os participantes parecem compartilhar um foco de interesse cognitivo - um assunto em comum - mas a maneira como compartilham um foco comum de atenção visual é mais complexa. O sujeito desta atenção é mais claro do que seu objeto. O ouvinte é obrigado a evitar o olhar direto sobre o falante por muito tempo para não incorrer na violação de sua territorialidade e, ao mesmo tempo, é forçado a dirigir sua atenção visual no sentido de obter pistas a partir da gesticulação do falante sobre o significado do que está dizendo, fornecendo evidências de que o falante está sendo ouvido. É como se o ouvinte devesse olhar para dentro das palavras do orador, as quais afinal não podem ser vistas. É como se tivesse que olhar para o falante, mas sem vê-lo. (ib., p. 84)

Já nas situações em que o contexto da elocução não é uma conversação, como, por exemplo, numa consulta médica e o paciente mostra ao médico o local de sua dor, ou, ainda, uma mãe relatando ao médico o estado de seu filho, enquanto o médico o examina, ocorre, então, um empreendimento não-lingüístico¹⁹.

Nessas situações, o que ocorre são palavras que pertencem a uma dada atividade coordenada e não a uma conversação. Há, portanto, “um presumido interesse comum de levar a cabo de forma efetiva a atividade em curso, de acordo com algum tipo de plano global para realizá-la. É a matriz contextual que torna significativas muitas elocuições, especialmente as mais breves”. (ib., p. 86)

Nas conversações podemos ouvir mesmo que, às vezes, não sejamos ouvintes autorizados para tal, ou podemos, em sendo autorizados, não ouvir, mas podemos sempre emitir uma exclamação. Para o autor, mesmo

sem sermos ouvintes ratificados (ou sermos ratificados para escutar, sem conseguir fazê-lo), também como ouvintes ratificados - participantes que não têm a palavra no momento - podemos brevemente exclamar nossas palavras e sentimentos nos interstícios temporais dentro ou entre as trocas mantidas pelos outros participantes. (ib., p. 88)

Gumperz (1998) ressalta que, em relação à fala, deve-se proceder a uma análise cuidadosa dos traços específicos, bem como das relações sociais entre os falantes, pois “é na relação do dia-a-dia, nas múltiplas interações do cotidiano, que surgem as mais sutis alternâncias de código entre os falantes”. (Gumperz, 1998, p. 31)

Essas alternâncias de código se classificam em duas modalidades: a situacional e a metafórica. A primeira delas considera que a troca de códigos redefine a situação social em curso (por exemplo, em um congresso acadêmico, cessa o evento “palestra” e começa a “sessão debate”). Dessa maneira, ocorre uma mudança de papéis por parte dos participantes - a relação expositor-palestrante e platéia passando para a relação falante e também interlocutor. (ib., p. 31) Aqui mencionamos nossa pesquisa, pois é o momento no qual observamos uma troca de códigos, ou seja, quando se encerra a “exibição do filme” e se inicia o “debate orientado”.

Já para a segunda, essa troca de códigos enriquece a situação em curso (em uma conversa, por exemplo), permitindo, dessa forma, alusões a mais de uma relação social dentro da mesma situação (nesta conversa, somos amigos, confidentes e também compartilhamos interesses específicos). Desse modo, cabe a nós, analistas e pesquisadores, entendermos e apreendermos quais as pistas contextuais que permitem aos falantes e ouvintes interpretar corretamente o valor social dessas interações. (ib., p. 14)

Tannen & Wallat (1998) ressaltam a importância das múltiplas relações que os participantes co-constroem em um encontro face a face, ou seja, os enquadres interacionais.

¹⁹ A esse respeito, ver artigo de Tannen & Wallat in Ribeiro & Garcez (1998), no qual as pesquisadoras estudam aspectos interacionais e cognitivos em uma consulta pediátrica.

Para essas autoras, o fator lingüístico da compreensão do código utilizado pelo profissional é importante, mas assinalam também a importância de outros elementos utilizados. São eles: as metagensagens sobre a contextualização (o enquadre que orienta o uso do registro); a referência ou o tópico do discurso (do que estamos falando); os atos verbais ou não-verbais (com que intenções ou efeitos falamos); e, sobretudo, a estrutura de participação (a interpretação que os participantes, a todo o momento, fazem na interação sobre os direitos e deveres de falantes e ouvintes). (ib., p. 120)

Desse modo, finalizamos nossas reflexões na área da SI, ainda que essas diretrizes não sejam o guia primeiro das nossas análises, elas orientarão a nossa postura no momento das trocas interacionais no campo da pesquisa e também nos ajudarão na interpretação do significado em uma dada situação social.

1.2 A Lingüística Aplicada

Nos itens a seguir, discorreremos sobre algumas questões mais específicas da Lingüística Aplicada (LA), o histórico, os campos de atuação/investigação e, principalmente, a LA em situações de trabalho, área de interesse de nossa pesquisa.

1.2.1 Breve histórico da Lingüística Aplicada

Os estudos em LA eram inicialmente voltados para o ensino de línguas, principalmente as estrangeiras. Foi nas duas grandes guerras mundiais que se percebeu a relevância de se conhecer o idioma falado nos vários países envolvidos, pois a necessidade de se estabelecer contato entre as pessoas era de fundamental importância naqueles momentos.

Assim, lingüistas foram chamados a realizar estudos das diversas línguas faladas por aliados e inimigos, abrindo, dessa maneira, um novo campo para investigação. Mas, nessa época, a LA ainda não estava consumada como uma disciplina autônoma. Ela não possuía um objeto de estudo definido e tampouco um modelo teórico e metodológico.

Mais tarde, na década de 70, a LA assume uma característica que será equivalente ao ensino de línguas. Estudos de tradução, nessa época, também foram

muito difundidos, assim como a difusão das teorias sobre os processos de ensino/aprendizagem de línguas.

Entretanto, só por volta dos anos 80 é que ela passa a ter certa autonomia em relação à Lingüística. Nessa época, Cavalcanti (1986) apresenta a LA com o seu objeto de estudo e metodologia próprios:

a Lingüística Aplicada é abrangente e multidisciplinar (...) Ela tem um objeto de estudo, princípios e metodologia próprios, e já começou a desenvolver seus modelos teóricos. Dada sua abrangência e multidisciplinaridade, é importante desfazer os equacionamentos da Lingüística Aplicada com a aplicação de teorias lingüísticas e com o ensino de línguas. (ib., p. 09)

Mas os estudos em LA avançaram em outras direções e pôde-se perceber um interesse voltado para diversas áreas de aplicação, que não as de ensino/aprendizagem, além de demonstrarem uma preocupação com o contexto social e político. Para Celani (2000),

as pesquisas, até pouco tempo estavam mais voltadas para as questões de aquisição de linguagem, de metodologia de ensino de línguas ou de descrição lingüística, sem colocar os problemas em seu contexto social, político e econômico, sem se preocupar em examinar como as teorias de aprendizagem de línguas e as práticas pedagógicas, por exemplo estão ligadas à forças sociopolíticas mais amplas. (ib., p. 20)

A autora também registra que são muitos os campos de atuação da LA e traça um panorama dos estudos e áreas de interesse nos dias de hoje²⁰. Esses campos são, principalmente: alfabetização, letramento, relação entre linguagem e trabalho, línguas estrangeiras, educação bilíngüe, formação de docentes (em formação, em serviço, pós-graduação) e em práticas pedagógicas.

Desse modo, com o crescente interesse despertado por pesquisadores nessa área fizeram-se necessárias: a abertura de programas de pós-graduação e a formação de grupos de pesquisa em LA; a criação da Associação de Lingüistas Aplicados do Brasil (ALAB) em 1990; a organização de eventos científicos por todo o país; e a crescente publicação, o que facilitou a divulgação da pesquisa em LA no

²⁰ A professora Celani, em sua fala no 16 ° InPLA (LAEL - PUC, 2007), ressaltou a importância das pesquisas em LA em outros contextos.

Brasil. Outro ponto importante refere-se ao fato de que as pesquisas em LA mostram um objetivo bem definido em relação à importância dada à sociedade:

Não se pesquisa para explicar uma teoria; pesquisa-se principalmente para resolver um problema, e por isso, está-se mais próximo de dar um retorno à sociedade. O outro retorno é dado pela maneira como se conduz a pesquisa em Lingüística Aplicada. O conhecimento é construído não pela extração de dados a partir de informantes previamente selecionados, mas pela convivência com esses informantes – que ajudam a construir o conhecimento, do qual muitas vezes serão os primeiros a se beneficiarem. (...) A Lingüística Aplicada não trabalha com informantes: requer, no mínimo, participantes; em geral trabalha com colaboradores, sejam eles pesquisadores, professores ou alunos. (Leffa, 2001)

Assim, dentre as novas possibilidades de construção de conhecimento no campo da LA, justifica-se nossa pesquisa em estudos da linguagem, na esfera da Saúde Mental, por percebermos um espaço de investigação em contextos de trabalho nos quais as questões de linguagem precisam ser investigadas e desenvolvidas, no sentido de ajudar a se pensar soluções para problemas concretos. No próximo item, abordamos questões mais pontuais da LA ao mundo do trabalho.

1.2.2 A Lingüística Aplicada às situações de trabalho

Os estudos da atividade laboriosa que envolvem pesquisas de linguagem em situação de trabalho realizam uma análise com um enfoque voltado para as relações interdiscursivas. Esses estudos podem tender para uma visão anglosaxã ou francesa. Nessa revisão, concentraremos-nos na tendência atual, em lingüística de orientação francesa que, segundo Faïta (2005), coloca em primeiro plano o aspecto ativo da linguagem.

No Brasil, a Lingüística Aplicada às Situação de Trabalho de linha francesa atualmente é conhecida como ergológica (Schwartz, 2000). Adota tanto os aportes da APST (Schwartz e Faïta, 1985) como os da Clínica da Atividade (Clot e Faïta, 2000) associados às teorias dialógicas de orientação bakhtiniana e à Análise do Discurso praticada por Maingueneau (1989), para encetar estudos inovadores no espaço da relação “linguagem e trabalho”.

Segundo Souza-e-Silva (2004, p. 190), apesar de os estudos em LA ainda estarem muito vinculados às instituições acadêmicas e voltados prioritariamente para questões relacionadas ao ensino-aprendizagem de línguas, materna ou estrangeiras, percebe-se um grande avanço nas pesquisas realizadas em espaços não-acadêmicos e em especial na área do trabalho, inclusive nos contextos da educação, dos serviços e da saúde. Nesse sentido, o nosso estudo teórico se fundamenta também em estudos e reflexões realizadas por pesquisadores do grupo Atelier, que tem como principal objetivo o estudo das situações de trabalho pelo viés dialógico da linguagem. São características desse grupo:

a) pensa a linguagem na relação com o trabalho sob dois eixos: o estudo dos discursos produzidos por diferentes interlocutores nos quais o tema *trabalho* é relevante e a análise das práticas de linguagem em situação de trabalho; b) tem suas pesquisas voltadas prioritariamente para instituições não-acadêmicas (empresas, hospitais), o que não implica o distanciamento das questões de ensino aprendizagem; c) dialoga com disciplinas convocadas a pensar o trabalho que ainda não transitam na área: a ergonomia situada_ que tem por objetivo analisar a atividade de trabalho levando em conta a natureza e circulação das prescrições e os recursos mobilizados pelo trabalhador e pelo coletivo de trabalho como resposta a essas prescrições_e a ergologia, caracterizada aqui como disciplina no sentido de uma norma na investigação intelectual. (Souza-e-Silva, 2004, p. 190)

As pesquisas do grupo Atelier configuram uma abordagem que vai além das tradicionais áreas e objetos de intervenção. Uma vez ampliada a sua área de abrangência, deparamo-nos com outras disciplinas limítrofes com as quais a LA em situações de trabalho dialoga pelo viés da linguagem. São disciplinas que envolvem o mundo do trabalho, tais como a ergonomia²¹, a ergologia, a economia, dentre outras, todas com um arcabouço teórico e metodológico próprios voltados ao objetivo de auxiliar as pesquisas sobre o trabalho.

Dentre os objetivos que as pesquisas em LA ao mundo do trabalho propõem, está o de compreender o trabalho para transformá-lo. (Souza-e-Silva, 2004, p. 188) Nesse desafio, cabe à Lingüística Aplicada a contribuição de analisar "as atividades humanas em que a linguagem está envolvida e pelas quais é atravessada". (Brait, 2003, p. 01)

²¹ Campo de estudos no qual são considerados aspectos de organização metódica do trabalho em função do fim proposto e das relações entre o homem e o seu trabalho.

Como pressupostos teóricos auxiliares das análises, recorre-se a diferentes autores e noções, a exemplo de Bakhtin, no dialogismo; Pechêux e Maingueneau, no interdiscurso; e Authier-Revuz, na heterogeneidade constitutiva/mostrada. Todas essas pesquisas se realizam com o intuito de conhecer e transformar o mundo do trabalho pela porta da linguagem.

Os estudos no Brasil estão em consonância com os realizados na França, mais especificamente com o grupo de pesquisadores associados ao departamento de Ergologia e a APST da Universidade de Provence (Aix-Marseille I) e à Clínica da Atividade do CNAN de Paris. Esses grupos se aplicam a uma prática específica de compreensão/transformação de microssituações do cotidiano de determinada situação de trabalho (Sant'Anna, 2004).

Dentre esses pesquisadores, o analista Daniel Faïta, há mais de vinte anos, vem se dedicando aos estudos do trabalho pelo viés da linguagem, adotando uma perspectiva dialógica. São estudos realizados na França onde os protagonistas da atividade, ou seja, os trabalhadores, são os sujeitos de sua pesquisa, com o propósito de compreender a atividade e refletir sobre ela, sempre num coletivo. O autor também sugere que, em suas pesquisas na análise da atividade sob a perspectiva da linguagem, os pontos de vista sejam ampliados, no que diz respeito tanto ao objeto quanto à postura do lingüista. (Fanti et all., 2004)

Estas estreitas relações entre França e Brasil fizeram com que pesquisadores brasileiros se aproximassem cada vez mais, fazendo estágios de doutorado e pós-doutorado na APST e/ou na Clínica da Atividade²², sempre com o mesmo objetivo, o de pesquisar a linguagem em situação de trabalho, apontando para investigações de caráter reflexivo.

A título de ilustração, citaremos dois exemplos de pesquisas em LA em situação de trabalho, uma em cada país. A primeira, realizada por Daniel Faïta (1997), na França, com condutores de trem, na qual procurou analisar a atividade complexa desenvolvida por esses na tentativa de restituir-lhes a própria palavra sobre o seu trabalho, ajudá-los a recuperar os sentidos por meio dos ditos e não-ditos e, ainda, avançar na compreensão de situações problemáticas no desenvolvimento da atividade.

²² A exemplo do orientador desta dissertação que, de 2000 a 2002, foi orientando do Prof. Dr. Daniel Faïta durante o seu estágio doutoral no Departamento de Ergologia da Universidade de Provence, com participação na Clínica da Atividade do Laboratório de Psicologia do Trabalho do CNAN de Paris.

Faïta pôde chegar a uma análise que ajudava a compreender os recursos disponíveis ao coletivo de trabalhadores para a renormalização da atividade, a partir do uso de dois dispositivos metodológicos desenvolvidos por ele: a ACS (Autoconfrontação Simples)²³ e a ACC (Autoconfrontação Cruzada)²⁴.

A segunda pesquisa foi desenvolvida por Moura Vieira (2002) em um hospital público brasileiro. O pesquisador fora convidado a realizar uma análise investigativa de uma situação de atendimento clínico por médicos infectologistas que tinham como pacientes portadores do vírus HIV. A partir da utilização de métodos confrontativos desenvolvidos pela Clínica da Atividade, o pesquisador chegou a uma compreensão discursiva da renormalização dessa atividade que, no momento, se tratava de um gênero da atividade de trabalho em construção.

Destacando a pertinência das pesquisas em LA em situações de trabalho, Sant'Anna (2004, p. 26) ressalta o percurso que o analista/pesquisador deve seguir em sua análise, que deve ter o intuito de verificar, por meio de análises discursivas, possibilidades de compreensão da vida social contemporânea, mas sempre mantendo o caráter de estudo da linguagem. Por isso, a necessidade de se conceber em pesquisas das atividades languageiras voltadas para o mundo do trabalho um diálogo entre pesquisador e trabalhador, para que se obtenha êxito.

Além disso, nessa nova postura envolvendo o diálogo entre os protagonistas da atividade e os pesquisadores, instaura um novo espaço nas relações de sentido no qual se realiza uma abordagem que leva ambos os protagonistas a transformações positivas no conhecimento da cultura do meio do trabalho. Primeiro, é preciso compartilhar alguns sentidos até que finalmente se proponha, em conjunto com os trabalhadores, o uso dos dispositivos de autoconfrontação para que esses compreendam a complexidade de sua própria atividade, reflitam sobre ela e a desenvolvam.

Assim, como já mencionado, justifica-se a nossa pesquisa na esfera da Saúde Mental, por percebemos um vasto campo para investigação e análise de situações de trabalho em diferentes setores da atividade. Em nosso caso, pretendemos consolidar nosso estudo com a análise do trabalho de um profissional

²³ Esse instrumento de análise é utilizado em situações de trabalho no qual o protagonista assiste a um vídeo de seu trabalho e depois vai tecendo comentários pertinentes à atividade junto com o analista - pesquisador.

²⁴ Esse instrumento possui cinco fases: 1) o filme; 2) a autoconfrontação simples; 3) a autoconfrontação cruzada (no qual, posteriormente, haverá uma confrontação com um colega de trabalho); 4) o retorno ao meio do trabalho; 5) as diferentes apropriações do objeto *autoconfrontação cruzada* pela equipe de pesquisa (Faïta e Moura Vieira, 2003).

dessa área em atividade nas oficinas terapêuticas de um CAPS do interior do Estado de Mato Grosso.

Desse modo, alinhando-nos com esses lingüistas e pesquisadores, escolhemos o discurso oral, ou seja, o diálogo como constitutivo de sentidos, para construir a nossa abordagem. Os sujeitos envolvidos no campo da Saúde Mental se encontram num *locus* onde o diálogo é "inevitável e, ao mesmo tempo, como Sant'Anna havia assinalado em sua pesquisa "a atividade está em constante transformação, na dinâmica e na contradição que envolvem o processo criativo e renovado de produção de linguagens". (2004, p. 120)

Portanto, a nossa compreensão do mundo do trabalho deve levar em conta, segundo Faïta (2005), as bases de um novo modo de pesquisa sobre a linguagem, pois essa deve ser considerada como parte integrante da consciência e da inteligência dos homens do trabalho, com a concepção de que as atividades humanas são estruturadas e transformadas, passo a passo, no e pelo cotidiano da ação. Para tal abordagem, é mister uma aproximação com as teorias do dialogismo.

1.3 Algumas considerações sobre Bakhtin e seu Círculo

Mikhail Bakhtin e seu Círculo realizaram estudos que problematizam a relação entre linguagem e sociedade. Mostram, mais especificamente no livro *Marxismo e filosofia da linguagem* (1929/2006), a necessidade de uma abordagem filosófica da linguagem. Então, sobre as bases do materialismo, esses autores construíram a teoria do dialogismo, apresentando críticas às duas outras orientações do pensamento filosófico-lingüístico até então tidas como referência nos estudos da linguagem humana: o subjetivismo individualista e o objetivismo abstrato. Para tanto, discutem os problemas teóricos encontrados nessas duas vertentes do pensamento filosófico, fazendo referências também aos representantes dessas orientações.

A primeira orientação caracteriza uma tendência dos estudos da linguagem centrada no psiquismo individual como constituinte da língua e apresenta a concepção de linguagem como forma ou expressão do pensamento.

Ancora-se na perspectiva de que é a atividade mental, ou seja, os signos interiores que produzem a linguagem. Essa seria concebida como um ato psicofisiológico, no qual três esferas da realidade estariam mobilizadas para a sua produção: a física, a fisiológica e a psicológica. Dessa forma, todos os fatos da

língua estariam relacionados a explicações psicofisiológicas e o psiquismo individual seria, portanto, a fonte da língua.

Já a segunda orientação apresenta uma tendência dos estudos da linguagem na qual a língua é vista como um conjunto de códigos que se combinam segundo regras. É um código que deve ser dominado pelos falantes de uma determinada língua para que a comunicação se estabeleça.

Ferdinand de Saussure é o representante maior dessa escola; em seus estudos sobre a natureza da linguagem faz uma separação: de um lado, a língua, e do outro, a fala. Mas, mesmo separadas, as duas são concebidas como os elementos constitutivos da linguagem.

Assim, a análise crítica feita por Bakhtin e seu Círculo em relação a essa concepção é que esse teórico e seus discípulos, Bally e Sechehaye, partem do princípio de que “o centro organizador de todos os fatos da língua, o que faz dela o objeto de uma ciência, está no sistema lingüístico, ou seja, o sistema das formas fonéticas, gramaticais e lexicais da língua”. (Bakhtin, 1929/2006, p. 79)

Mas, antes de iniciar suas análises sobre essas vertentes, Bakhtin e seu Círculo realizam um estudo aprofundado sobre ideologia. Para eles, o conceito de ideologia divulgado pelo marxismo não contemplava o fato de que a consciência é formada por signos, e que estes, por serem ideológicos, são formados no processo de interação social. Nesse sentido, apresentam, então, o signo de carácter social, mostrando que a palavra é o signo ideológico por excelência e que “tudo que é ideológico possui um valor semiótico”. (ib., p. 33)

A partir daí, ressaltam a importância da palavra para a vida social. Para eles “o material privilegiado da comunicação na vida cotidiana é a palavra. É justamente nesse domínio que a conversação e suas formas discursivas se situam” (ib., p.37) e que ela “está presente em todos os atos de compreensão e em todos os atos de interpretação”. (ib., p.38)

Somente após essas considerações é que irão questionar sobre a linguagem, o que é afinal, a linguagem? Essa pergunta abre a segunda parte do livro *Marxismo e filosofia da linguagem* (Para uma filosofia marxista da linguagem) e, ao longo dos quatro capítulos, respondem a essa questão, sempre tomando como referência as duas orientações do pensamento filosófico.

Em suas incursões por essas vertentes, vão explicando o que é a linguagem por meio de conceitos, exemplos e proposições difundidos por essas duas

orientações. Mas em seu percurso, não conseguem encontrar a resposta. Discutem os problemas, as contradições e afirmam não ser possível abstrair um conceito propriamente dito do que seria então, a linguagem, por via dessas orientações. Ao final de suas argumentações, apresentam o que viria a ser a sua tese, a sua proposta de definição de linguagem, ou seja, *a forma ou o processo de interação verbal que acontece na presença de dois ou mais interlocutores*. Finalmente, após o estudo minucioso de cada orientação, a crítica que fazem às duas é que nenhuma delas leva em consideração a natureza social e ideológica da linguagem.

No item a seguir, apresentamos questões mais pontuais sobre a interação verbal no viés proposto pelo círculo bakhtiniano.

1.3.1 A interação verbal

Bakhtin e seu Círculo criticaram as duas orientações do pensamento filosófico-lingüístico uma vez que as consideraram inadequadas como modelo para os estudos lingüísticos. Segundo o Círculo bakhtiniano, uma terceira via que partisse do mundo social seria determinante para o desenvolvimento dos discursos e deveria ser tentada como caminho para os estudos da linguagem. A partir de agora, cabe-nos discorrer sobre a proposta apresentada por esses mesmos autores, a interação verbal como processo dialógico, concepção na qual embasamos nossa pesquisa.

Negando as duas orientações do pensamento filosófico-lingüístico, a análise crítica é apresentada no livro *Marxismo e filosofia da linguagem*, em capítulo à parte, dedicado à interação verbal, mostrando as lacunas, as falhas e as contradições que cada uma delas apresenta quando se tenta definir e mostrar a natureza da linguagem.

No entendimento de Bakhtin e de seu Círculo, nenhuma das vertentes apresenta o objeto de sua pesquisa. Nenhuma delas ainda constitui o fenômeno da linguagem e, à medida que vão realizando críticas à essas duas concepções, Bakhtin e seu Círculo elaboram uma terceira proposta, uma teoria enunciativo-discursiva da linguagem. Assim, para eles, a linguagem propriamente dita não está somente no ato psicofisiológico (primeira orientação) e nem na língua como sistema estável (segunda orientação), mas sim nas trocas verbais, na interação verbal. Desse modo, mostram que o diálogo é traço constitutivo da linguagem e

fundamentam uma concepção de natureza dialógica, daí o conceito de dialogismo. E é esse dialogismo que permeia toda a obra de Bakhtin.

Para esses autores, a interação ocorre nas trocas verbais, nos diálogos, pois o homem é um ser histórico e social, além do que, o diálogo é “num sentido amplo (...) não apenas como comunicação em voz alta, de pessoas colocadas face a face, mas toda comunicação verbal, de qualquer tipo que seja”. (Bakhtin, 1929/2006, p. 127) Em vista disso, na teoria do dialogismo, Bakhtin e seu Círculo consideraram todos os diálogos²⁵, preocupando-se com o discurso da vida cotidiana.

Nesse discurso, a palavra comporta *duas faces*. Ela é determinada tanto pelo fato de que procede *de* alguém, como pelo fato de que se dirige *para* alguém. Ela constitui justamente “o produto da interação do locutor e do ouvinte”. (ib., p.117)

Seguindo esse pensamento, fazem considerações a respeito da formação das palavras, mostrando que as mesmas “são tecidas a partir de uma multidão de fios ideológicos e servem de trama a todas as relações sociais em todos os domínios” (ib., p. 42), e que, se perdermos de vista a sua significação, ficará reduzida apenas à sua realidade física, juntamente com o processo de produção fisiológico. Portanto, é a sua significação que faz dela uma palavra. (ib., p. 50)

Podemos perceber, aqui, uma crítica às outras duas orientações, ou seja, nenhuma delas leva em consideração a significação da palavra, pois é só com seu conteúdo semântico que ela se tornará palavra, no sentido estrito do termo.

Após essas considerações, estabelecem a diferença entre enunciado e enunciação²⁶. O primeiro pode ser compreendido como “unidade de comunicação, necessariamente contextualizada”. (Brait, 2003, p. 63)

Já as enunciações, ou seja, “as unidades reais da cadeia verbal” (Bakhtin, 1929/2006, p. 129) situam-se “completamente em território social”. (ib., p.121) Além disso, “a situação e os participantes mais imediatos determinam a forma e o estilo ocasionais da enunciação”. (ib., p. 118)

Continuando suas reflexões pelo mundo da linguagem, passam a problematizar o termo interação. Podemos observar que esse termo aponta para um outro termo ao qual está ligado, o diálogo. Este, “no sentido estrito do termo, não constitui, é claro, senão uma das formas, é verdade que das mais importantes, da

²⁵ Ver também outras obras de Bakhtin nas quais o diálogo é mostrado como forma elementar de comunicação na vida cotidiana. *A teoria do romance e A cultura popular na Idade Média e no Renascimento: o contexto de François Rabelais*.

²⁶ A esse respeito ver Brait (2005), quando a autora faz um estudo específico desses dois conceitos, além do conceito de enunciado concreto.

interação verbal” (ib., p. 127). Desse modo, chegam, finalmente, ao que se poderia chamar de linguagem:

a verdadeira substância da língua não é constituída por um sistema abstrato de formas lingüísticas nem pela enunciação monológica isolada, nem pelo ato psicofisiológico de sua produção, mas pelo fenômeno social da *interação verbal*, realizada através da *enunciação* ou das *enunciações*. A interação verbal constitui assim a realidade fundamental da língua. (ib., p. 123)

Devemos ressaltar, todavia, que as idéias, os conceitos apresentados por Bakhtin e seu Círculo não se encontram prontos e acabados em apenas uma obra, como é o caso do livro *Marxismo e filosofia da linguagem*, no qual embasamos nossa pesquisa. Esses conceitos são retomados ao longo de toda a sua obra, em outros livros e em outros textos, sempre construídos gradativamente.

Assim, considerando todos esses fatos, da perspectiva de uma análise bakhtiniana, o “eu” nunca pode ser individual, mas, sim, social. Mesmo quando se refere a um livro, que diz ser o discurso impresso, sempre haverá um interlocutor, alguém que o lerá: “o livro, isto é, o ato de fala impresso, constitui igualmente um elemento da comunicação verbal”. (ib., p. 127)

Em nosso estudo, lembramos a preocupação de Bakhtin e seu Círculo em relação aos diálogos, principalmente daqueles que ocorrem no dia-a-dia entre os sujeitos, quando desempenham seus papéis sociais, da posição da qual falam e da qual ouvem.

Dessa forma, psicólogo e usuários do serviço desempenham os seus papéis sociais no momento da interação. Analisamos, então, o trabalho de um profissional da área de saúde mental que faz do diálogo, o elemento constitutivo de sentidos em sua atividade. Assim, realizamos nossa pesquisa “pela via de uma análise dialógica e todas as suas implicações e conseqüências” (Brait, 2003, p. 06), buscando compreender uma atividade humana na qual a linguagem é atravessada.

É por isso que recorreremos aos legados de Bakhtin e seu Círculo para procedermos à nossa pesquisa, os quais nos revelam uma possibilidade de abertura em relação à palavra pois

toda palavra serve de expressão a um em relação ao outro. Através da palavra, defino-me em relação ao outro, isto é, em última análise, em relação à coletividade. A palavra é uma espécie de ponte lançada entre mim e os outros. Se ela se apóia sobre mim numa extremidade,

na outra apóia-se sobre o meu interlocutor. A palavra é o território comum do locutor e do interlocutor. (Bakhtin, 2006, p. 117)

Diante do exposto, podemos chegar, então, ao que se pode depreender do pensamento bakhtiniano em relação à linguagem. Ela é constitutiva da experiência humana e nessa experiência, "o que está em jogo é a linguagem em uso, os processos de construção do sentido e de seus efeitos". (Brait, 2003, p. 04)

Finalmente, nesse conjunto, como se viu, foi contemplada a concepção que permeia toda a obra de Bakhtin e seu Círculo, o dialogismo, considerando os seus principais aspectos: a linguagem, a vida e os sujeitos.

Nos próximos tópicos, abordamos outros conceitos, a saber, o de gêneros do discurso e o de gêneros da atividade, que se correlacionam quando se referem ao estudo de uma atividade laboriosa perpassada pela linguagem.

1.4 Os gêneros do discurso

"Todos os diversos campos da atividade humana estão ligados ao uso da linguagem." (Bakhtin, 1979/2003, p. 261). É com essa assertiva que Bakhtin inicia o adendo *Gêneros discursivos* na obra *Estética da criação verbal*.

Nesse estudo, além de apresentar novos conceitos, como o do próprio título, Bakhtin também recupera outros que foram mobilizados em *Marxismo e filosofia da linguagem* (1929/2006), como dialogismo, enunciado, língua, fala, além de fazer referências novamente aos pressupostos teóricos e aos representantes das duas orientações do pensamento filosófico-lingüístico por ele criticadas.

Apresenta, logo de início, os três elementos que formam o gênero discursivo, a saber, o conteúdo temático, o estilo e a construção composicional e, ainda, ressalta que todos eles estão ligados "indissolúvelmente no todo do enunciado". (ib., p. 262)

Discorre também sobre os gêneros quanto à sua diversidade e riqueza, pois elas

são infinitas porque são inesgotáveis as possibilidades da multiforme atividade humana e porque em cada campo dessa atividade é integral o repertório de gêneros do discurso, que cresce e se diferencia à medida que se desenvolve e se complexifica um determinado campo. (ib., p. 262)

Afirma que os gêneros podem ser orais ou escritos, pois eles abrangem as conversas do cotidiano, os diálogos informais (orais), as cartas, os documentos, os romances, etc.

Desse modo, Bakhtin assinala a diferença existente entre os gêneros discursivos primários (simples) e os secundários (complexos) e que esses nascem no convívio cultural mais complexo, mais desenvolvido e mais organizado, quando há o predomínio da forma escrita.

Quanto aos gêneros primários, que “se formaram nas condições da comunicação discursiva imediata” (ib., p. 263), Bakhtin afirma que eles, no processo de formação dos gêneros secundários, são reelaborados e passam a integrá-los.

Ressalta, também, a importância do estudo dos gêneros primário e secundário para o campo da lingüística e da filologia, mostrando que, em qualquer campo de investigação, faz-se necessário um estudo mais aprofundado do enunciado, fato que é pouco considerado nesses estudos.

Inicia, então, uma reflexão sobre o enunciado como “unidade real da comunicação discursiva”. (ib., p. 269) Desse modo, cada enunciado é “um elo na corrente complexamente organizada” (ib., p. 272) e considera que o discurso “sempre está fundido em forma de enunciado pertencente a um determinado sujeito do discurso, e fora dessa forma não pode existir”. (ib., p. 274)

Outro conceito que é apresentado é a oração, mostrando ser necessário abordá-la como “unidade da língua em sua distinção em face do enunciado como unidade de comunicação discursiva” (ib., p. 276) e que ela ocorre no contexto da fala, mas não é estudada como deveria ser.

A partir daí, faz uma crítica aos estudos lingüísticos que não estabelecem a diferença entre o enunciado (unidade da comunicação discursiva) e entre palavras e orações (unidades da língua), atentando para o fato de que essa falta de entendimento por parte de alguns estudiosos acerca do enunciado resulta numa grande confusão.

Apresenta, também, a sua concepção sobre o ouvinte e discute os equívocos cometidos pelas duas vertentes do pensamento filosófico-lingüístico, dizendo ser a compreensão por parte do ouvinte uma atitude responsiva e este assume uma postura ativa, não mais aquela sugerida pelas duas orientações (passiva). Desse modo,

toda compreensão da fala viva, do enunciado vivo é de natureza ativamente responsiva (embora o grau desse ativismo seja bastante diverso); toda compreensão é prenhe de resposta, e nessa ou naquela forma a gera obrigatoriamente: o ouvinte se torna falante. (Bakhtin, 1979/2003, p. 271)

Assim, determinada atitude do ouvinte vai depender do gênero no qual se produz o enunciado, pois certos gêneros são mais fechados, como é o caso dos de ordem militar, quando a ação do ouvinte pode-se realizar simplesmente cumprindo a ordem estabelecida.

A partir dessas observações, discorre sobre os estudos lingüísticos que se orientam para uma direção na qual são desconsiderados o enunciado e os gêneros, mostrando que “isto se deve à quase completa falta de elaboração do problema do enunciado e dos gêneros do discurso e, conseqüentemente, da comunicação discursiva”. (ib., p. 271)

Assim, com esses problemas é que surgem, então, a indefinição terminológica e a confusão metodológica nos estudos da linguagem, em conseqüência do desconhecimento do enunciado, pois não é considerado como a real unidade discursiva.

Afirma que a oração, “enquanto unidade da língua tem natureza gramatical, fronteiras gramaticais, lei gramatical e unidade”. (ib., p. 278) Aqui reside a diferença significativa entre oração e enunciado, pois o enunciado é “uma unidade real, precisamente delimitada da alternância dos sujeitos do discurso, a qual termina com a transmissão da palavra ao outro”. (ib., p. 262)

De uma forma precisa, apresenta os três elementos que compõem o enunciado: a exauribilidade do objeto e do sentido, o projeto de discurso ou vontade de discurso do falante e as formas típicas e composicionais do acabamento. Esses três elementos estão ligados ao todo orgânico do enunciado.

Ressalta, porém, a importância do terceiro em seus estudos, pois se relaciona às formas estáveis dos enunciados e está ligado diretamente ao seu propósito que é o estudo dos gêneros discursivos. Uma prova disso é que “falamos através de determinados gêneros do discurso, isto é, todos os nossos enunciados possuem formas relativamente estáveis e típicas de construção do todo”. (ib., p. 282)

A crítica aos estudos que priorizam a sintaxe é reforçada ao mostrar o problema em se estudar uma determinada oração isolada, como se fosse um

enunciado acabado, independente de seu contexto. Desse modo, quando se analisa uma oração isolada, fora de seu contexto "inventam-se promovê-la a um enunciado pleno". (ib., p. 287)

Afirma também que, no processo de construção de um enunciado, a escolha das palavras se faz "tirando-as de outros enunciados e antes de tudo de enunciados congêneres com o nosso, isto é, pelo tema, pela composição, pelo estilo; conseqüentemente, selecionamos as palavras segundo a sua especificidade de gênero". (ib., p. 293)

Assim, o significado lexicográfico da palavra é neutro, justamente para que todos o compreendam. Todavia, o seu emprego na comunicação discursiva sempre é de índole individual-contextual. Desse modo, mostra o porquê da experiência discursiva individual de qualquer pessoa se formar e se desenvolver em "uma interação constante e contínua com os enunciados individuais dos outros". (ib., p. 294) Por isso, assimilamos as palavras dos outros, não da língua. Nessa passagem, podemos perceber uma crítica ao Objetivismo Abstrato ao afirmar que o indivíduo recebe a língua pronta para ser usada, vista como um produto acabado, transmitida de geração em geração.

Apresenta, então, a diferença básica entre o enunciado e as unidades significativas da língua, ou seja, as palavras e as orações, é que essas são impessoais, de ninguém e a ninguém estão endereçadas; enquanto aquele tem autor e destinatário. Dessa maneira, "cada gênero do discurso em cada campo da comunicação discursiva tem a sua concepção típica de destinatário que o determina como gênero". (ib., p. 301)

Esse conceito é muito importante para compreendermos realmente até onde vai um, até onde vai o outro, onde se encontra o verdadeiro limite de cada um. Vejamos: se uma palavra isolada ou uma oração possuir um direcionamento ou um endereçamento, elas já se tornaram um enunciado acabado, pois esses dois fatores (direcionamento e endereçamento) não pertencem a elas como unidades da língua, mas, sim, ao enunciado.

Após essas considerações, Bakhtin finaliza (por hora) as suas proposições sobre gêneros do discurso, pois sabemos que seus conceitos e idéias perpassam por toda sua obra.

1.5 Os gêneros da atividade

Em relação ao gênero a que pertence cada atividade humana, Bakhtin atenta para o fato de que

cada época e cada grupo social têm seu repertório de formas de discurso na comunicação socioideológica. A cada grupo de formas pertencentes ao mesmo gênero, isto é, a cada forma de discurso social, corresponde um grupo de temas. (Bakhtin, 2003, p. 44)

O conceito *gênero da atividade* foi criado, a título de estudo, para se referir ao vivido. Para Moura-Vieira (2004), o estado de gênero pode ser compreendido como uma espécie de suspensão de um modo de agir que está disponível na esfera social de tal forma saturado de significação que não é necessário que se lhe atribua sentido. Esse concentrado encontra uma funcionalidade quando, em uma conversação, se confunde com um tema que, por sua vez, só poderá ser compreendido no movimento dialógico de uma interação (diálogo). Chamamos essa esfera de mobilização de sentido de gênero da atividade.

Desse modo, há os gêneros nos quais se vive. Pode-se conhecê-los, mas não significa que se saiba vivenciá-los. Por isso, os gêneros da atividade foram criados. Portanto, gêneros da atividade e gêneros do discurso não podem se separar.

Relembrando que, enquanto os gêneros primários são elaborados do ponto de vista do sistema, os secundários são a representação dos atos cotidianos, de uma forma mais elaborada.

Então, para efeitos de pesquisa, criou-se o gênero da atividade que se insere na prática de um trabalho na vida, mas se ele virar regra ou registro, então ele se tornará um gênero secundário.

Além desse conceito de gêneros da atividade, o conceito de microgêneros, ou seja, os modos do desenvolvimento de um diálogo visto a partir do olhar atento à linearidade da interação como um evento observável também pertence a essa esfera. (Moura Vieira, 2004)

Em nossa pesquisa, ao analisarmos a oficina de vídeo de um CAPS do interior do Estado de Mato Grosso, constatamos a ocorrência de alguns microgêneros e utilizamos os aportes da Sociolinguística Interacional para sua descrição.

Assim, esses gêneros da atividade “são compreendidos como pressupostos sociais da atividade, uma memória impessoal e coletiva que possibilita a atividade pessoal: como maneiras de se portar, de se expressar, de começar uma atividade e de finalizá-la”. (Faïta, 1999; Clot & Faïta, 2000)

Eles também “trazem à tona a tensão entre o esperado, conhecimento partilhado, e os desdobramentos sucessivos (mudanças, equívocos, sucessos, prejuízos), marcando um movimento de permanente recriação”. (Faïta, 1999; Clot & Faïta, 2000) Esses gêneros possuem caráter dinâmico, são heterogêneos e sua evolução se dá de uma maneira sócio-histórica. São “formas de fazer que impregnam nossas formas de ação (...) ainda que as formas de ação envolvidas sejam de natureza simbólica e linguageira”. (ib., p. 60)

Manifestam-se, segundo Faïta (2005, p. 60), a partir de práticas discursivas “comuns” (relativamente estáveis) de agir e de reagir, de se dirigir ao outro, de intervir em dado momento, etc. São conhecimentos partilhados, socializados de dizeres e fazeres, que emanam maneiras coletivas de exercer determinadas atividades reais e produzem efeitos de sentido. Assim, fundamentam-se em um

princípio de economia da ação, pois de algum modo, eles são a parte subentendida da atividade, aquilo que os trabalhadores de um dado meio, partilham (crenças, instrumentos, modos de fazer); o que lhes é comum e o que os reúne sob condições reais de vida; o que eles sabem dever fazer sem que seja necessário reespecificar cada vez que a tarefa se apresenta. (Clot & Faïta, 2000)

Vários gêneros na esfera da Saúde já se encontram instituídos, como, por exemplo, o atendimento, a marcação de consulta, a própria consulta, dentre outros. Em nosso estudo, chamamos a atenção para outros gêneros que se encontram na área da Saúde Mental, mais especificamente os que se apresentam nos modelos substitutivos aos manicômios, os CAPS (por exemplo, a visita domiciliar, o acolhimento, a oficina de vídeo, etc). Nesses centros, outros gêneros são chamados a integrar essa esfera para compor o novo modelo de atenção em saúde mental, o modelo biopsicossocial.

Nesse capítulo, apresentamos autores e teorias correlatas aos estudos da linguagem que se aplicam ao estudo das situações de trabalho dos pontos de vista sociolinguístico e dialógico. No capítulo seguinte, faremos uma contextualização da situação de trabalho no campo da Saúde Mental, sem perder de vista que “todos os

diversos campos da atividade humana estão ligados ao uso da linguagem”. (Bakhtin, 1979/2003, p. 261)

CAPÍTULO 2 DELINEANDO A ESFERA DA SAÚDE MENTAL E A ATIVIDADE DE TRABALHO NO MODELO BIOPSIKOSSOCIAL

Uma vez que a Saúde Mental é a esfera da atividade humana mobilizada em nossa pesquisa, é sobre este universo de práticas e discursos da saúde que realizamos, neste capítulo, uma contextualização histórica. Buscamos, na medida do possível, seguir a construção dos sentidos em saúde mental pelo viés da linguagem, adotando a perspectiva enunciativo-discursiva bakhtiniana e tendo o diálogo como constitutivo de sentidos nessa esfera de atividade.

Buscando demarcar nosso campo de atividade, organizamos nossa contextualização conforme segue. No item 2.1, discutimos sobre a História da Psiquiatria, mais especificamente da Idade Clássica à segunda metade do século XX. No item 2.2, falamos da Reforma Psiquiátrica e das novas idéias que ela trouxe para a prática da saúde mental. No Item 2.3, apresentamos mais diretamente um dos serviços em saúde mental da atualidade, os Centros de Atenção Psicossocial, cenário de nossa pesquisa. No decorrer destes itens, consideramos também outros assuntos pertinentes à compreensão da Saúde Mental como uma esfera da atividade humana povoada de gêneros do discurso.

2.1 A História da Psiquiatria

"Cuida-se da doença , mas arruina-se a saúde..." (Foucault, 2005, p. 86). É com essa frase de Michel Foucault que iniciamos a nossa breve apresentação da loucura na história da humanidade. Foucault, filósofo e historiador francês (1926–1984), deixou um legado significativo para a história da psiquiatria, marcadamente em duas obras específicas *O poder psiquiátrico* e *A História da loucura*. Nessas obras são traçados o percurso histórico da loucura e seus desdobramentos na humanidade desde a Idade Média até a Idade Moderna, com ênfase na Idade Clássica, por ser o momento em que Philippe Pinel, médico francês (1745 – 1826), iniciou os estudos que fundariam a instituição psiquiátrica propriamente dita.

O cenário apresentado por Foucault é a Europa, onde, ao longo dos períodos históricos, vai mostrando as várias formas e concepções de loucura: o lugar que ela ocupou na Idade Média, inserida na hierarquia dos vícios da humanidade; na época

Clássica, quando a atenção estava em cuidar da doença e não da saúde; na Idade Moderna, quando essa experiência se inscreve na área da psicologia. Mas em todas essas épocas, são ressaltados aspectos em que a loucura podia ser vista como uma doença e, conseqüentemente, como uma forma de exclusão social.

Na Idade Média, os "loucos" eram obrigados a ficar longe do convívio das pessoas nas cidades e vilas. Viviam em florestas, casas de assistências e até mesmo em embarcações construídas para abrigá-los, para navegar sem destino algum. Essas embarcações "levavam sua carga insana de uma cidade para outra" (ib., p. 09). Assim, segundo Foucault, "confiar o louco aos marinheiros é com certeza evitar que ele ficasse vagando indefinidamente entre os muros da cidade, é ter a certeza de que ele irá para longe, é torná-lo prisioneiro de sua própria partida" (ib., p. 11)²⁷. A exclusão, então, foi a forma encontrada pela sociedade para resolver o problema com os "loucos" durante muito tempo.

Depois desse longo período de exílio do "louco" em outras águas, surge o hospital, no qual o internamento será uma "seqüência de embarque". Podemos perceber, nesse momento, uma transposição da água para a terra. Os "loucos", que se encontravam em águas sem destino algum, aportam em terra firme, não para a sua "salvação" ou segurança, mas para uma outra forma mais opressora, o internamento.

A "grande internação" foi o que ocorreu. Muitas casas de internação foram criadas por toda a Europa no Classicismo. Nesses locais, havia pessoas excluídas da sociedade não só por problemas mentais, mas por outros, como criminalidade, invalidez, etc. Todas as pessoas que já não "serviam" mais à sociedade eram colocadas juntas e obrigadas a viver nas mais deploráveis condições de vida.

Desse modo, o que se via por detrás das paredes das casas de internação não era um tratamento para a cura dessas pessoas que ali se encontravam, mas um processo de lhes tirar a identidade, uma vez que "do outro lado desses muros do internamento não se encontram apenas a pobreza e a loucura, mas rostos, bem mais variados e silhuetas cuja estatura comum nem sempre é fácil de reconhecer". (ib., p. 79)

Em meio a essa confusão de rostos não identificados de pessoas sem destino, Philippe Pinel realiza um trabalho de organização que separa prováveis

²⁷ Várias foram as representações dessas embarcações nesse período. A mais famosa delas é a pintura em tela *Nau dos Loucos* de Hieronymus Bosh.

doentes psíquicos de outros desvalidos. Tal medida vai abrir espaço para um perfil de hospital onde ele estudou as "doenças do espírito". A clássica cena de Pinel libertando os doentes dos grilhões²⁸ é o marco do início da Psiquiatria institucional. Entretanto, o texto que institui a Psiquiatria como campo do saber da medicina que se dedica ao estudo dos problemas psíquicos do homem é de Esquirol (1772-1840) e data de 1818. Chama-se *Des établissements consacrés aux aliénés en France, et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés*²⁹. Esse período é o "momento em que o saber psiquiátrico se inscreve no interior do campo médico e, ao mesmo tempo, adquire sua autonomia como especialidade". (Foucault, 2006, p. 06)

Pinel deu início a uma separação, a uma classificação das doenças psíquicas. Entretanto, para ele, a cura desses transtornos estava em deixar as pessoas reclusas nesses locais. Contudo, esses espaços, como a própria história registrou, não foram os mais apropriados para o tratamento de pessoas com transtornos psíquicos. Essa experiência da grande internação mostrou que o Classicismo envolveu "a loucura numa experiência global do desatino". (Foucault, 2005, p. 148)

Os "alienados", como eram chamados os portadores de transtornos psíquicos à época de Pinel, eram vistos como meros corpos, sem individualidade, não se podia nem chamá-los de indivíduos, mas de uma "certa distribuição dos corpos, dos gestos, dos comportamentos, dos discursos". (ib., p. 05)

Tampouco se podia dizer que os métodos terapêuticos e os aparelhos empregados no tratamento dessas pessoas foram os mais adequados, pois eram atravessados pela violência. Assim, são exemplos do que havia como proposta científica para o "tratamento" nesses locais de internamento,

os famosos aparelhos de coação que a era positivista utilizará como terapêutica: a jaula de vime, com um buraco feito na parte superior para a cabeça, à qual as mãos estão amarradas, ou o 'armário' que fecha o indivíduo em pé, até o pescoço, deixando apenas a cabeça de fora. (ib., p.95)

Portanto, o que podemos concluir sobre o que nos deixou Pinel em sua tentativa de curar os "loucos", foi que

a psiquiatria positivista do século XIX, e também a nossa, se

²⁸ *Pinel libérant les aliénés*. Quadro de Tony Robert-Fleury, 1876.

²⁹ Tratado de concessão aos alienados na França e meios de melhorar a sorte desses desafortunados.

renunciaram às práticas, se deixaram de lado os conhecimentos do século XVIII, herdaram em segredo todas essas relações que a cultura clássica em seu conjunto havia instaurado com o desatino; modificaram essas relações, deslocaram-nas; acreditaram falar apenas da loucura em sua objetividade patológica mas, contra a vontade, estavam lidando com uma loucura ainda habitada pela ética do desatino e pelo escândalo da animalidade. (Foucault, 2005, p. 161)

A força e a violência que dominaram a terapêutica da loucura utilizada por Pinel perduraram por muito tempo. Elas permaneceram latentes até meados do século XX, quando ocorreu a Reforma Psiquiátrica, e não deixaram de ser empregadas como modelo clássico de tratamento destinado às pessoas portadoras de transtornos mentais, porque suas influências ainda eram visíveis. Mas, nesse período, já na passagem do século dezenove para o vinte, outros campos do conhecimento também foram chamados a contribuir como a psicologia e a psicanálise.

2.2 A Reforma Psiquiátrica

No tópico da História da Psiquiatria nos situamos na Europa em relação ao cenário em que as ações se desenrolaram para a fundação da instituição psiquiátrica e, agora, retomamos o mesmo cenário que continuará a ser o nosso palco, mas desta vez ensaiando a tentativa de mudanças nos textos, em direção a uma reforma dos valores da Psiquiatria. Se iniciamos nossa incursão pelo mundo da loucura com a perspectiva da doença, agora a percorreremos no rastro do movimento da Reforma Psiquiátrica, que busca justamente o oposto à concepção anterior: não mais a ênfase na doença, mas na saúde, pelo menos do ponto de vista do idealizado.

A Reforma Psiquiátrica aconteceu em vários países europeus nas décadas de 60 e 70, contudo, por motivos didáticos, nos concentramos apenas na reforma ocorrida na Itália e, para situarmos nossa pesquisa, faz-se necessário também, apresentarmos esse movimento no Brasil e seus desdobramentos para o sistema oficial de atenção em saúde mental.

Franco Rotelli, médico italiano, foi quem iniciou a chamada "desinstitucionalização" no sul da Itália, ou seja, a retirada dos pacientes dos asilos e

a construção de sistemas e serviços substitutivos de atenção, que levaram às mudanças profundas no sistema psiquiátrico.

A Reforma Psiquiátrica, como foi chamada, teve como prioridade a extinção dos manicômios, até então, os únicos serviços destinados ao tratamento das pessoas com sofrimento psíquico. Rotelli (1990, p. 26) aponta que

o manicômio efetivamente se constitui sobretudo como local de descarga e de ocultamento de tudo aquilo que, como sofrimento, miséria ou distúrbio social, resulta incoerente frente aos códigos de interpretação e de intervenção (de problema – solução) das instituições que fazem fronteira com a Psiquiatria, ou seja, a medicina, a justiça e a assistência.

Dessa forma, as pessoas envolvidas nesse movimento, segundo F. Rotelli (1990, p. 72),

trabalham com a hipótese de *que o mal obscuro da Psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a 'doença', da existência global complexa e concreta dos pacientes e do corpo social. Sobre esta separação artificial se construiu um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos (precisamente a 'instituição'), todos referidos à 'doença'. Assim, "é este conjunto que é preciso desmontar (desinstitucionalizar) para retomar o contato com aquela existência dos pacientes, enquanto 'existência' doente".*

Entretanto, essas mudanças vão além da retirada dos pacientes internados, pois alcançam dimensões até então esquecidas, ou seja, o restabelecimento da cidadania a essas pessoas.

São criados os serviços territoriais para atender à demanda de pessoas que se encontravam nos manicômios e que, agora, precisavam recomeçar a viver em sociedade. Esses novos serviços são inteiramente substitutivos aos asilos e apresentam uma nova intenção terapêutica, ou seja, acabar com o isolamento e com as coações e promover a ressocialização.

Uma vez feita a retirada dessas pessoas que se encontravam nos manicômios e o restabelecimento da cidadania, tornou-se necessário um novo olhar em relação à existência das mesmas, pois, segundo Rotelli, para os usuários do novo sistema "uma existência mais rica de recursos, de possibilidades e de experiências é também uma existência em mudança". (ib., p. 33)

Nota-se aqui o inverso do que ocorria à época de Pinel e Esquirol, que privilegiava o isolamento, a observação e a descrição de quadros clínicos. Nesse movimento de reformas, o que se pretendia era a inclusão, a participação e a promoção da saúde.

Assim, para Rotelli (1990), com as reformas psiquiátricas ocorridas na Europa, procurava-se atingir a superação gradual da internação nos manicômios através da criação de serviços na comunidade, do deslocamento da intervenção terapêutica para o contexto social das pessoas, a prevenção, a reabilitação, etc. Essas são as bases para o modelo de atenção que passou a ser conhecido como: modo psicossocial.

A partir desse momento, o doente mental, que até então estava longe dos olhares, pois o que se via era a sua doença, desvinculada de seu ser, como se a doença mental existisse fora dele, passa a ser visto como uma pessoa em sofrimento psíquico, abrindo uma porta para que ele possa se integrar e viver em sociedade. Desse modo, os profissionais da saúde mental devem considerar que "o doente mental é um cidadão para todos os efeitos, com os respectivos direitos civis e sociais, incluindo o direito ao tratamento". (Rotelli, 1990, p. 49)

Nessas mudanças, todas as ações empregadas por um conjunto de profissionais da área da saúde estavam direcionadas para a "desinstitucionalização", com o intuito de desmontar o aparato repressor que a psiquiatria clássica havia consolidado nos últimos séculos.

Até meados dos anos sessenta, o que havia no Brasil não era muito diferente do que ocorria em outros países em relação às formas de tratamento empregadas com os doentes mentais. Podemos verificar em Yasui (Apud Resende, 1987, p. 48), um depoimento sobre a assistência mental no Brasil:

Exclusão, eis aí, numa só palavra, a tendência central da assistência psiquiátrica brasileira, desde seus primórdios até os dias de hoje. O grande e sólido tronco de uma árvore que, se deu ramos ao longo de sua vida e ao sabor das imposições dos diversos momentos históricos, jamais fletiu ao ataque de seus contestadores.

Nos anos oitenta, o movimento de reforma psiquiátrica, especialmente o da reforma italiana, repercute de maneira contundente em meio ao momento de abertura política e de redemocratização vivido no Brasil. Ele se iniciou com a mobilização de uma sociedade indignada com o tratamento de exclusão que os

manicômios proporcionavam aos portadores de transtornos mentais, onde existiam maus tratos e abandono.

Envolvendo profissionais da área de Saúde Mental, esse movimento pretendia resgatar a cidadania das pessoas com sofrimento psíquico. Assim, essa reforma, no Brasil, surge em meio a denúncias das políticas de saúde mental sustentadas na exclusão social dessas pessoas.

O posicionamento do médico psiquiatra Paulo Amarante, ligado diretamente ao movimento de reforma e luta antimanicomial no Brasil, reflete bem o que foi a Psiquiatria durante muito tempo:

percebe-se como a história da psiquiatria é a história de uma apropriação, de um seqüestro de identidades e cidadanias, um processo de medicalização social, de disciplinarização, de inscrição de amplos segmentos sociais no âmbito de um saber que exclui e tutela, e de uma instituição asilar que custodia e violenta. (Amarante, 2003, p. 139)

Com a progressiva redemocratização do país e com a maior participação de profissionais e usuários no processo de organização do sistema de saúde possibilitada, por exemplo, pelas primeiras Conferências Nacionais de Saúde e, posteriormente, pelas Conferências de Saúde Mental, o SUS (Sistema Único de Saúde), com suas políticas de saúde pública, direcionou ações para a prevenção e a promoção da saúde mental. Para Oliveira et al (2006, p. 12),

a Reforma Psiquiátrica se constituiu no Brasil, nas últimas décadas, como um movimento social complexo que pressupõe, entre outras estratégias, a descentralização das ações de atenção em saúde no campo da Saúde Mental, com a conseqüente incorporação destas ações no nível primário do SUS.

Surgem, então, os serviços substitutivos ao manicômio: o leito psiquiátrico em hospital geral, o pronto-atendimento psiquiátrico, os hospitais Dia ou Noite, as residências terapêuticas e, entre outros, os chamados “Centros de Atenção Psicossocial”. Esse novo serviço caracteriza-se fortemente por abranger o território³⁰ de moradia dos usuários e por se inserir numa rede de serviços ampliados que

³⁰ O território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco, etc.). É essa noção de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados”. (Brasil, 2004)

visam à prevenção dos transtornos mentais.

Atualmente, as modalidades de serviços de atenção psicossocial se expandiram por todo o país com uma estrutura que integra uma rede de atenção complexa com o intuito de promover a saúde e a cidadania das pessoas. Essa rede de assistência está organizada nos três níveis de atenção: primária, secundária e terciária ³¹.

Esse é o momento sócio-histórico-político que o campo da atividade em saúde mental vivencia na atualidade e com o qual lidamos em nossa pesquisa. No próximo item, passamos a discorrer mais especificamente sobre os serviços destinados a oferecer uma atenção psicossocial.

2.3 Os modelos substitutivos – os CAPS

Ao contrário do que se desenhou por um longo período, iremos, a partir da década de 80 do século passado, encontrar as pessoas com sofrimento psíquico, cada vez menos isoladas em espaços reclusos, como são os manicômios. A noção de cuidado em saúde mental se estende ao território e às instituições abertas, onde o paciente tem o livre acesso e lhe é garantido o direito de ir e vir. Para Rotelli (1990, p. 51), "o serviço territorial se configura como ator de mudança social, como propulsor de transformações concretas em nível local de mudança social nas instituições e na comunidade".

Podemos ousar dizer que, a partir da Reforma Psiquiátrica, um novo momento surgiu, um divisor de águas entre o antigo e o novo modelo no tratamento dispensado às pessoas portadoras de transtorno mental: do modelo hospitalocêntrico ao modelo biopsicossocial.

Assim, esse movimento de mudanças na atenção em Saúde Mental deu à luz um novo serviço no Brasil: os Centros de Atenção Psicossocial, os CAPS, apontando para uma concepção de atendimento diferenciado.

O primeiro deles foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo, o CAPS da Rua Itapeva, região da Avenida Paulista, onde as primeiras experiências com essa nova proposta de tratamento aos pacientes com transtornos mentais foram realizadas.

³¹ Podemos apresentar esses níveis de atenção com o seguinte exemplo: trabalho com pessoas para o aprendizado de procedimentos de detecção de pressão arterial elevada (atenção primária); trabalho com pacientes portadores de hipertensão que fazem controle (atenção secundária); trabalho com pacientes pós-cirúrgicos cardíacos (atenção terciária), (Munari, 1997).

Surgiram também os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) e os CERAMs (Centros de Referência em Saúde Mental), além de outros serviços na área de Saúde Mental. Todos eles integram a rede do SUS e, atualmente, são regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002.

Ressaltamos que esse novo modelo de trabalho é resultado da iniciativa de trabalhadores da saúde que almejavam a melhoria da assistência e denunciavam a precariedade das instituições psiquiátricas no país.

Desse modo, novas perspectivas com o cuidado em saúde mental se configuraram no cenário da Saúde no Brasil. Por meio da Portaria GM 224/92, os CAPS foram criados oficialmente como:

unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional. (ib., p.12)

Com a arrojada proposta de substituir totalmente o modelo de internação, as práticas que se realizam nos CAPS ocorrem em ambiente aberto, com projetos terapêuticos que vão além da própria estrutura física e nos quais há a preocupação com o sujeito, sua história, sua cultura e sua vida. Por ser um serviço aberto, de atenção diária, dispensado a toda a comunidade, caracteriza-se como "tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida" (ib., p.13), ou seja, apresenta novos objetivos bem adversos daqueles que o modelo "hospitocêntrico" propunha.

Os CAPS estão inseridos numa rede de cuidado e atenção à saúde mental e são a principal estratégia no tratamento às pessoas com sofrimento psíquico. Tem como principal objetivo promover "a inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais". (ib., p.13)

Cada usuário que chega ao serviço é acolhido por um profissional e, juntamente com a equipe, é traçado um plano terapêutico que visa a atender as necessidades do tratamento. Conforme Portaria GM/336/02, o CAPS oferece as seguintes modalidades de atendimento:

QUADRO 01- Modalidades de atendimento do CAPS

Atendimento	Características
1. Intensivo	Atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento pode ser domiciliar se necessário.
2. Semi - Intensivo	Nesse atendimento, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. É oferecido quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Esse atendimento pode ser domiciliar se necessário.
3. Não – Intensivo	Esse tratamento é oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. Esse atendimento pode ser domiciliar se necessário.

(Fonte: Brasil, 2004)

Para atender a todos os objetivos para os quais foram criados, os novos serviços de atenção à saúde mental funcionam durante os cinco dias úteis da semana (2^a a 6^a) e o seu horário de funcionamento nos finais de semana depende do tipo de CAPS.

A decisão de implantar um CAPS em um território ou município depende de uma série de fatores relacionados ao perfil populacional, dos tipos de problemas de sofrimento psíquico que representem uma grande preocupação para a saúde pública e da política de saúde implementada no município e no Estado.

Para facilitar a abertura destes serviços, os CAPS têm financiamento federal e gestão municipal. Essas unidades devem possuir um prédio em área comunitária e uma equipe mínima para prestar a assistência.

O quadro a seguir (MS/2002) mostra a classificação dos CAPS, tendo como referência o índice populacional dos municípios.

QUADRO 02 – Classificação dos CAPS

<p>CAPS I - municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes.</p> <p>Funciona das 8 às 18 horas.</p> <p>De segunda à sexta-feira.</p>
<p>CAPS II - municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes.</p> <p>Funciona das 8 às 18 horas.</p> <p>De segunda à sexta-feira.</p> <p>Pode ter um terceiro período, funcionando até às 21 horas.</p>
<p>CAPS III - municípios com população acima de 200.000 habitantes.</p> <p>Funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e finais de semana.</p>
<p>CAPSi - municípios com população acima de 200.000 habitantes.</p> <p>Funciona das 8 às 18 horas.</p> <p>De segunda à sexta-feira.</p> <p>Pode ter um terceiro período , funcionando até às 21 horas.</p>
<p>CAPSad - municípios com população acima de 100.000 habitantes.</p> <p>Funciona das 8 às 18 horas.</p> <p>De segunda à sexta-feira.</p> <p>Pode ter um terceiro período , funcionando até às 21 horas.</p>

(Fonte: Brasil, 2004)

Os tipos de CAPS possuem algumas peculiaridades: os CAPS I e II são para o atendimento diário de adultos; os CAPS III, para atendimento diurno e noturno para adultos; o CAPSi, para atendimento diurno e noturno para a infância e adolescência; o CAPSad, para usuários de álcool e drogas, com atendimento diário.

É certo que esse novo modelo deve ultrapassar o parâmetro do antigo modelo. Ele deve expandir-se para além dos limites do espaço físico, mas a estrutura mínima, com consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias), salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários, área externa para oficinas, recreação e esportes também deve acontecer nesses centros. (Brasil, 2004)

Assim, para proporcionar esse novo atendimento, faz-se necessário, também, uma equipe mínima nesses centros de atenção. Cada CAPS deve contar com um

grupo de diferentes técnicos de nível superior e de nível médio. Entre os profissionais de nível superior, estão: enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física ou outros requisitados a exercer as atividades oferecidas. Já os profissionais de nível médio, podem ser: técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores, artesãos. Equipes de limpeza e de cozinha também contribuem nessa organização. (Brasil, 2004)

Torna-se mister, portanto, que esses profissionais que se encontram nesses centros sejam os protagonistas desse processo de "desinstitucionalização", pois eles são, a partir de agora, os que transformam a organização e as relações dentro das instituições. Desenvolvem o papel terapêutico de psiquiatra, enfermeiro, psicólogo, assistente social ou outro, compondo uma equipe que deve estar em sincronia com o objetivo de privilegiar a função terapêutica que cada um desempenha.

Podemos perceber que o que se propõe vai além das formações individuais de cada membro e deve funcionar como uma equipe multidisciplinar que assuma o compromisso de dispensar práticas voltadas para minimizar a dor dos que sofrem. Ora, se essas mudanças implicam uma nova concepção de saúde mental, logo, esse novo modelo também irá refletir uma mudança nas práticas sociais.

Assim, as práticas terapêuticas oferecidas por esses novos serviços em atenção vão além dos medicamentos dispensados e das consultas. São atividades individuais e em grupo; outras que se destinam às famílias dos usuários; algumas comunitárias, pois "estabelecer um diagnóstico é importante, mas não deverá ser o único nem o principal objetivo desse momento de encontro do usuário com o serviço". (Brasil, 2004, p. 15)

Nesses centros, as atividades em grupo são encontradas nas oficinas terapêuticas, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, etc. (ib., p.17)

Todas as atividades são importantes, inclusive as de consulta profissional (psiquiátrica, psicológica) e de grupos psicoterapêuticos. Entretanto, do modo psicossocial, as atividades nas oficinas terapêuticas têm um papel destacado, como podemos observar em uma das diretrizes do SUS "as oficinas terapêuticas são uma das principais formas de tratamento oferecido nos CAPS". (ib., p.20)

Cada CAPS têm, geralmente, mais de um tipo de oficina terapêutica. São atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais

profissionais, monitores e/ou estagiários.

São realizados vários tipos de atividades que podem ser definidas conforme o interesse, as possibilidades do usuário e dos técnicos do serviço, com o intuito de alcançar a integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas e o exercício coletivo da cidadania.

Essas oficinas são divididas em (ib., p.20):

1. oficinas expressivas – espaços de expressão plástica (pintura, argila, desenho etc.), expressão corporal (dança, ginástica e técnicas teatrais), expressão verbal (poesia, contos, leitura e redação de textos, de peças teatrais e de letras de música), expressão musical (atividades musicais), fotografia, teatro.
2. oficinas geradoras de renda – servem como instrumento de geração de renda através do aprendizado de uma atividade específica, que pode ser igual ou diferente da profissão do usuário. As oficinas geradoras de renda podem ser de: culinária, marcenaria, costura, fotocópias, venda de livros, fabricação de velas, artesanato em geral, cerâmica, bijuterias, brechó, etc.
3. oficinas de alfabetização – esse tipo de oficina contribui para que os usuários que não tiveram acesso ou que não puderam permanecer na escola, possam exercitar a escrita e a leitura, como um recurso importante na (re) construção da cidadania.

Em nossa pesquisa optamos por estudar a atividade das oficinas terapêuticas, mas tivemos que fazer um recorte, pois há muitas oficinas oferecidas nesses centros. A opção pela oficina de vídeo, caracterizada como expressiva, foi a escolhida por nós, pesquisadores, para a investigação, por promover um espaço de diálogo entre o profissional e os usuários e também porque ela traz, na prescrição, a presença oficial da necessidade de considerar as formas expressivas da linguagem como parte do processo de atenção no modelo biopsicossocial.

O profissional que atua nessa oficina, por nós investigada, é o psicólogo e, segundo o MS em sua Portaria nº 336/ GM, de 19 de fevereiro de 2002 Art.4º, esse profissional atende aos prescritos quanto à assistência a ser prestada ao paciente no CAPS I (CAPS de nossa pesquisa) que o inclui na atividade de atendimento em

oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio³².

Observamos, ainda, que o trabalho terapêutico psicossocial dispensado aos usuários, segundo Rotelli (1990, p. 34), deve ser um "percurso dinâmico em contínua transformação, feito de tentativas, erros e aprendizagens, no qual os objetivos mudam durante o percurso porque são modificados pelo sujeito em jogo". Nesse percurso é importante mobilizar um modelo de saúde mental no qual haja espaço para o diálogo, para a produção de sentidos por parte de todos os envolvidos nesse processo: profissionais, familiares, comunidade e, principalmente, os usuários.

Apresentamos, nesse capítulo, uma breve história da psiquiatria e da reforma psiquiátrica. Contextualizamos o momento atual do trabalho em saúde mental que se pretende psicossocial e descrevemos o CAPS como um serviço que lhe serve de modelo. No capítulo seguinte, apresentamos a descrição da nossa pesquisa de campo, destacando as etapas do processo de construção de nosso trabalho e enfatizando a atividade específica da oficina terapêutica expressiva de vídeo.

³² MS Portaria nº 336/ GM, de 19 de fevereiro de 2002, Art.4º - 4.1.2 – Recursos Humanos: c- 3 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: *psicólogo*, (grifo nosso) assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

CAPÍTULO 3 A DESCRIÇÃO DA PESQUISA

Este capítulo traz uma descrição da pesquisa de campo detalhando as etapas percorridas e apresentando o desenho metodológico por nós adotado. Discorreremos sobre a nossa participação no projeto PRATICAPS, o CAPS investigado, as oficinas terapêuticas, o profissional da área de saúde mental, os usuários do serviço e o método adotado para a obtenção do material discursivo de base para a análise dessa situação de trabalho.

3.1 Desenho metodológico (a descrição da pesquisa de campo)

Adotamos, em nosso desenho metodológico, a perspectiva dialógica para conhecer o processo de assistência proporcionado no CAPS investigado, a partir do exemplo da atividade desenvolvida em uma oficina, coordenada por um profissional da área de saúde mental que atua como mediador de um provável gênero discursivo que se dará a conhecer.

Por estarmos inseridos em um projeto maior, o PRATICAPS - *Análise da efetividade das práticas terapêuticas dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Mato Grosso*, nosso estudo segue os paradigmas de uma pesquisa qualitativa descritivo-exploratória, na qual desenvolvemos um olhar de base etnográfica.

O projeto, com duração de dois anos (de 03/2006 a 02/2008), estudou 27 CAPS do Estado de Mato Grosso: 02 CAPS Infantil, 02 CAPS II, 05 CAPS ad (álcool e drogas) e 18 CAPS I³³ com o objetivo de verificar como as práticas terapêuticas oferecidas nesses centros estão sendo efetivadas.

Dentro desse projeto se encontram outros subprojetos que o compõem, como o de nossa pesquisa, que tem o objetivo de analisar o trabalho de um profissional da área de Saúde Mental que atua em uma oficina terapêutica em um desses centros. Como adiantamos ao final do capítulo anterior, esse profissional, no caso específico do CAPS estudado, foi um psicólogo.

³³ Ver página 60.

3.1.1 O lócus

O município mato-grossense por nós escolhido para realizar nossa pesquisa está situado a 160 km da capital, Cuiabá. Como o município tem apenas um CAPS, por uma questão de proteção dos protagonistas da pesquisa, vamos chamá-lo de BB. Com uma população de aproximadamente 30 mil habitantes, o município BB se insere na classificação de CAPS I. A população é composta, em sua maioria, por migrantes vindos de outros Estados como: São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Bahia, Minas Gerais e Goiás. Hoje já se mesclaram ao quadro Alagoas e Paraíba.

A atividade econômica agropecuária e industrial se concentra no plantio da cana-de-açúcar e nas usinas de álcool, açúcar e biodiesel, todas dependentes do plantio e da colheita da cana. Assim, essa população, vinda de outras regiões, tem o caráter sazonal, pois acompanha a oferta de postos de trabalho desse ciclo.

Desde 1996, encontra-se instalado na cidade um campus da Universidade do Estado de Mato Grosso, UNEMAT. Tal iniciativa trouxe mudanças no quadro populacional, pois jovens de todo o Estado, do país e de países limítrofes, como Bolívia e Peru, mudam-se todos os anos para o município, a fim de realizarem seus estudos. Atualmente a UNEMAT oferece seis cursos de graduação: Engenharia de Produção Agroindustrial, Engenharia de Alimentos, Ciências da Computação, Licenciatura em Matemática, Arquitetura e Urbanismo e Direito (turma especial).

Cabe, também, lembrar que há outras populações que compõem o perfil humano desta região do centro-oeste brasileiro: a aldeia indígena Umutina, os descendentes de negros que viveram em quilombos chamados quilombolas, as ceramistas do Rio Paraguai, os sem-terra do Assentamento Antônio Conselheiro. Todos estes grupos populacionais residem em distritos e/ou áreas de preservação.

A área urbana do município BB caracteriza-se por ser uma cidade bem estruturada, com a maioria das ruas calçadas, com boas moradias, prédios públicos e comércio. Os bairros mais periféricos também apresentam boa infra-estrutura e estão longe de caracterizarem-se como áreas de “favela”. Nas áreas rurais do município estão concentradas grandes propriedades destinadas ao plantio da monocultura da cana que são de propriedade de empresas ou particulares. Há, também, a presença de reservas indígenas e são poucas as pequenas propriedades destinadas à agricultura e à pecuária de subsistência. Nessa região, de tempos em

tempos, explodem conflitos sociais pela posse de terras.

3.1.2 O cenário

O cenário de nossa pesquisa será descrito nos itens a seguir, ressaltando os aspectos físicos e humanos.

3.1.2.1 Aspectos físicos

Como mencionado, o cenário de nossa pesquisa é o CAPS BB. Foi inaugurado em 19 de abril de 2003 e situa-se em um bairro periférico da cidade. Suas instalações anteriormente abrigavam o centro cirúrgico do Hospital Municipal que, atualmente, encontra-se instalado em uma localidade central. Funciona das 07 às 17 horas, de segunda à sexta-feira, horário do comércio local e de repartições públicas.

Quanto à estrutura física, as dependências foram adaptadas de forma a atender a nova demanda de usuários do SUS que padecem de sofrimento psíquico. Na prática, a interferência na estrutura do prédio foi mínima. Foram realizadas mudanças apenas para melhorar a acessibilidade, mas as características de uma estrutura hospitalar cirúrgica permaneceram: janelas altas, salas amplas, portas e corredores largos.

O CAPS possui salas para atendimento individual, como consultas, entrevistas, terapias feitas pelos profissionais: médico (clínico geral), psicólogo e assistente social; salas para atividades grupais, como as oficinas terapêuticas, terapia em grupo e aulas de ginástica; recepção e sala de espera; cozinha, copa, refeitório, despensa, área de serviço e depósito, além dos sanitários masculino e feminino. As áreas externas são pouco utilizadas, pois são desprovidas de cobertura e faz muito calor na região.

Os trabalhos de arte e artesanato realizados pelos pacientes fazem a ambientação dos espaços. São peças em tela, madeira, jornal, tecido, linhas, todas confeccionados nas oficinas, mas não há a comercialização das mesmas.

Quanto ao entorno do prédio do CAPS, este está cercado de outras áreas do antigo hospital que foram adaptadas para agregar outros serviços de saúde. Do lado esquerdo, está o PSF (Programa de Saúde da Família) do bairro; do lado direito e ao

fundo, não há edificações e à frente, nas cercanias, estão instalados quatro bares.

Os equipamentos e o mobiliário pertencem à SMS (Secretaria Municipal de Saúde): mesas, cadeiras, eletrodomésticos de cozinha (fogão e geladeira), dois aparelhos de ar condicionado (as demais salas contam com ventiladores de chão), computador, impressora, televisão e vídeo. Não há linha telefônica, o que, segundo informações da gerente, causa um grande transtorno nas situações de emergência.

O CAPS conta com um veículo para realizar atividades tais como transporte de usuários e visitas domiciliares: automóvel da marca WV, modelo Gol, ano 2000, adquirido com recursos estaduais. Entretanto, o veículo não serve apenas ao CAPS, sendo utilizado também por outros setores, principalmente pelos profissionais do PSF.

3.1.2.2 Aspectos humanos

Os profissionais que compõem a equipe mínima do CAPS, juntamente com os usuários que participaram da oficina investigada, serão apresentados nos itens a seguir.

3.1.2.2.1 Os profissionais

Segundo o Ministério da Saúde (2004), cada CAPS deve contar com uma equipe mínima de profissionais. Deve haver um grupo de diferentes técnicos de nível superior e de nível médio, conforme destacado no quadro a seguir:

QUADRO 03 – A equipe mínima prescrita para um CAPS*

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental;

b - 01 (um) enfermeiro;

c - 03 (três) profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;

* adaptado do manual do Ministério da Saúde (Brasil, 2004).

Desse modo, as equipes dos CAPS têm uma certa mobilidade para sua composição entre alguns profissionais de nível superior. Podem ser: enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física ou outros requisitados a exercer as atividades oferecidas. Já os profissionais de nível médio, podem ser: técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores, artesãos. Equipes de limpeza e de cozinha também contribuem nessa organização.

No CAPS investigado, encontramos a seguinte equipe de profissionais: uma psicóloga e também gerente da unidade, uma enfermeira, uma assistente social, um clínico geral, uma secretária, uma auxiliar de serviços gerais (equipe mantida até 31/12/06).

Se observarmos que as portarias ministeriais indicam uma quantidade mínima de profissionais para atendimento a 20 pacientes e o CAPS BB atente, conforme veremos logo a seguir, uma média de 100 pacientes por mês, à primeira vista, a equipe que atua no CAPS BB não corresponde ao preconizado, indicando uma carência de outros e mais profissionais na equipe mínima.

3.1.2.2.2 Conhecendo a demanda

À época da coleta de dados, o CAPS investigado contava com 106 pacientes atendidos.

Essas pessoas são encaminhadas principalmente pelos PSFs da cidade. Os Agentes de Saúde do município, ao realizarem o trabalho em seu território, fazem uma abordagem com as famílias e seus membros e as orientam em relação aos serviços oferecidos pelo CAPS.

Outra parte da demanda é encaminhada pelo poder judiciário, tanto pela promotoria quanto pelo juizado. Em geral, ocorrem encaminhamentos para casos de pequenos delitos, abuso de drogas e agressividade. Nos casos em que o atendimento é feito a usuários menores de idade, há a mobilização do Conselho Tutelar.

3.2 Procedimentos

A seguir, discorreremos sobre os procedimentos por nós adotados nas etapas

do processo de preparação/realização de nossa pesquisa.

3.2.1 Preparação para a pesquisa de campo

A preparação para a pesquisa de campo é um momento importante, pois o pesquisador deve planejar cuidadosamente como e quando será realizada a pesquisa propriamente dita. Deve pensar nos instrumentos de coleta de materiais e formulá-los adequadamente para então realizar os ajustes para a entrada em campo.

Como pesquisadores de mestrado integrantes do projeto PRATICAPS (Oliveira, Moura Vieira, Terzian & Marcon, 2005), participamos de um treinamento realizado por pesquisadores sêniores do projeto³⁴ para a coleta de dados quantitativos e qualitativos para a pesquisa de campo.

Esse treinamento teve por objetivo capacitar todos os envolvidos no projeto: professores e alunos de graduação dos cursos de Medicina e de Enfermagem e pós-graduandos do Programa de Mestrado em Enfermagem e do Mestrado em Estudos da Linguagem da UFMT, além de bolsistas e assistentes administrativos do projeto. Foram discutidas as normas para o preenchimento dos questionários que seriam aplicados nos CAPS, o perfil das entrevistas e os métodos de gravação de situações de trabalho, chamados autoconfrontativos, bem como todas as informações pertinentes à observação participante em uma pesquisa de campo.

Uma vez realizada a capacitação, que se dividiu em quantitativa (Terzian, Moura Vieira & Oliveira, 2006) e qualitativa (Moura Vieira, Oliveira & Terzian, 2006), as equipes foram divididas de acordo com cada pesquisador sênior, responsável por atuar em determinado CAPS, levando consigo um bolsista ou outro pesquisador (sênior ou júnior) para o município selecionado. Assim, estávamos prontos para a entrada em campo.

3.2.2 Entrada em campo

A entrada em campo é o momento em que os pesquisadores se dirigem para o *lócus* de sua pesquisa. É também o período em que serão registradas todas as

³⁴ Treinamento realizado presencialmente pelos pesquisadores Marcos A. Moura Vieira e Ângela Cristina César Terzian, da Faculdade de Ciências Médicas da UFMT.

informações necessárias para que os pesquisadores possam formar a base de dados que será usada em seu estudo.

No processo de construção dessa fase exploratória de reconhecimento do local de estudo, começamos a manter contato com o CAPS BB em maio de 2006.

Após um encaminhamento do professor orientador direcionado à coordenação do CAPS BB, fizemos um primeiro contato e passamos a realizar visitas semanais com o intuito de nos dar a conhecer pelos profissionais e de nos familiarizarmos com o serviço, com seus usuários e observar a rotina de trabalho em saúde mental. As visitas aconteciam às sextas-feiras, das 13 h e 30 minutos às 15 h e 30 minutos, horário da realização da oficina de vídeo (coordenada pelo psicólogo) e se estenderam até março de 2007. Um dos pesquisadores fora convidado a participar da mesma pela gerente da unidade e essa oficina se constituiu como o foco organizador da nossa investigação de pesquisa. Nesse momento, garantimos, verbalmente, desde os primeiros contatos, a autorização para realizar os nossos eventuais registros para fins de pesquisa.

Nossa abordagem inicial nos permitiu, progressivamente, realizar uma aproximação do pesquisador e do seu objeto de pesquisa, com aceitação e colaboração dos protagonistas da atividade. Esse fato favoreceu posteriormente a realização das gravações em áudio e vídeo da oficina e a realização do procedimento da autoconfrontação, que comentamos mais adiante, minimizando, assim, o desconforto causado nessas situações.

3.3 A pesquisa de campo

A pesquisa de campo, propriamente dita, ocorreu entre os dias 30/10/06 e 01/11/06 realizada pelo pesquisador orientador e pela pesquisadora mestranda. A data foi agendada pela assessoria técnica do PRATICAPS, através de um contato com a gerente da unidade, a fim de se realizar também uma entrevista com o Secretário Municipal de Saúde.

Nesse período, foram registradas as observações feitas sobre as rotinas de trabalho no CAPS e se coletaram dados por meio de entrevistas com os profissionais, usuários e familiares. Realizaram-se também: consultas ao caderno de agendamento, fotos do local, gravações em áudio e vídeo, análise dos prontuários, observações nos atendimentos, nos acolhimentos, nas oficinas terapêuticas e em

grupos de diversas modalidades.

Observamos e registramos aspectos de todas as atividades que se desenvolveram nesses três dias de trabalho. Assinalamos, contudo, que, por se tratar de uma semana atípica, ou seja, feriado (02/11/06 – Finados) na quinta-feira, as atividades rotineiras foram concentradas nesses três dias, o que nos levou a realizar uma observação posterior da rotina das quintas e sextas-feiras.

Para uma melhor compreensão do que se planeja como atividades semanais, apresentamos, a seguir, o quadro com as atividades previstas para serem desenvolvidas semanalmente pela equipe de profissionais do CAPS BB.

QUADRO 04 – Escala de atividades semanais da equipe do CAPS BB

Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Oficina TM* (Enfermeira)	Oficina TM* (A. social)	Oficina de Alfabetização (Educadora)	Oficina TM* (Enfermeira)	Reunião de Equipe CAPS
Oficina de Alfabetização (Educadora)	Grupo de Alcool (R**)	Grupo de Depressão (R**)	Atendimento Psicológico (Psicóloga)	Visita domiciliar (R**)
Fisioterapia TM* (Fisioterapeuta)	Família TM (R**)	Família Alcool (R**)	Oficina TM* (A. social)	Oficina de vídeo (Psicóloga)
Grupo de Depressão (R**)	Atendimento Psicológico (Psicóloga)	Atendimento Psicológico (Psicóloga)	Grupo de Alcool (R**)	Estudo de caso (Equipe)
Trabalho com a comunidade (R**)	Atendimento médico (Clínico Geral)	Atendimento médico (Clínico Geral)	Família Depressão (R**)	
Atendimento médico (Clínico Geral)			Atendimento médico (Clínico Geral)	
*TM: Transtorno Mental	** R: Rodízio			

(Fonte: CAPS – BB)

Observamos que a escala apresentada no quadro 04 correlaciona a atividade ao profissional responsável por realizá-la. A nossa observação mostrou que há uma grande variação entre o planejado neste quadro e o efetivamente realizado. Quando uma atividade não pode ocorrer, seja por falta de número de usuários, seja pela ausência de um profissional, a equipe se mobiliza para realizar uma outra atividade com os usuários presentes. Tal fato indica que no dia-a-dia do trabalho, há uma

constante “renormalização” (Schwartz, 2007) das atividades prescritas de uma forma (por exemplo, como um grupo de depressão) em atividades realizadas de outra forma (por exemplo, como uma oficina de artesanato).

3.3.1 Os primeiros resultados da coleta quantitativa

Apresentamos, a seguir, na tabela 01, um levantamento estatístico dos dados coletados³⁵ dos pacientes do CAPS investigado quanto à idade atual, à naturalidade, à área de procedência, à situação conjugal e à escolaridade³⁶.

TABELA 01 – Características gerais dos usuários do CAPS BB

Usuários CAPS	Número Total 106 (n= 106) Média (DP)*	
Idade atual	38.25 (13.0)	
Naturalidade (%)		
Local	39	(42.4)
Migrante	53	(57.6)
Área procedência (%)		
Urbana	95	(91.3)
Rural	09	(8.7)
Situação conjugal (%)		
Casado (a)	58	(56.3)
Solteiro (a)	28	(27.2)
Separado (a)	11	(10.7)
Viúvo (a)	06	(5.8)
Escolaridade (%)		
0 ano	08	(8.5)
< 8 anos	62	(66.0)
8 a 10 anos	09	(9.6)
11 a 13 anos	14	(14.9)
> 13 anos	01	(1.0)
*DP: desvio padrão		

(Fonte: Projeto PRATCAPS)

A idade média das pessoas que freqüentavam o CAPS à época da coleta de dados foi de 38 anos. A idade dessas variou entre 15 e 75 anos.

Quanto à naturalidade, a maioria das pessoas é migrante. No total, 53 pacientes são oriundos de outros locais³⁷ e 39 são munícipes. A área urbana é a

³⁵ A coleta dos dados quantitativos foi realizada pelo pesquisador orientador durante os três dias da observação participante. As informações encontradas nos prontuários e fichas (caixa de arquivo) de cada paciente atendido no CAPS formaram a base de dados para essa coleta. Dados como idade, sexo, naturalidade, área de procedência, situação conjugal e escolaridade foram registrados em fichas e formulários próprios, elaborados pelo NESM-MT. Ver no ANEXO B os modelos desses materiais.

³⁶ No ANEXO C – Dados quantitativos – CAPS BB, encontra-se, na íntegra, a tabela elaborada pela Prof. Dra. Ângela Cristina César Terzian, pesquisadora do NESM-MT, responsável pela análise quantitativa dos dados coletados no Projeto PRATCAPS.

área de procedência da grande maioria dos usuários. São 95 pacientes atendidos e apenas 09 pacientes procedem da área rural do município.

Em relação à situação conjugal, os pacientes são, em sua maioria, casados. São, no total, 58 pacientes nessa situação. Os pacientes solteiros são em número de 28, 11 são os pacientes separados e 06 são viúvos.

Finalmente, o nível de escolaridade encontra-se, em sua maioria, menos de 08 anos. São 62 pacientes em contraste com 09 pacientes que possuem de 08 a 10 anos de escolaridade; 14 pacientes de 11 a 13 anos; 01 paciente com menos de 13 anos; 08 pacientes não-escolarizados.

Apresentamos, a seguir, na tabela 02, as mesmas variáveis separadas quanto ao sexo, o que na área da saúde é indicado como gênero masculino ou feminino.

TABELA 02 - Características gerais dos usuários CAPS BB por sexo

	Homens (número = 35)	Mulheres (número =71)	Total (número = 106)
Idade atual	37.2	38.6	38.25
Naturalidade (%)			
Local	12	27	39
Migrante	20	33	53
Área procedência (%)			
Urbana	29	66	95
Rural	05	04	09
Situação conjugal (%)			
Casado (a)	14	44	58
Solteiro (a)	15	13	28
Separado (a)	04	06	11
Viúvo (a)	-	06	06
Escolaridade (%)			
0 ano	-	08	08
< 8 anos	23	39	62
8 a 10 anos	03	06	09
11 a 13 anos	04	10	14
> 13 anos	01	-	01

(Fonte: Projeto PRATCAPS)

Observamos que, quanto à idade, a média é praticamente igual para homens e mulheres. Com relação à naturalidade, os pacientes de outras regiões são em maior número. Com relação à procedência, a maioria das pacientes do sexo feminino é oriunda da área urbana e é três vezes maior que a dos pacientes do sexo

³⁷ Ver item 3.1.1 O lócus, atentando para as regiões de maior procedência dos migrantes no município.

masculino. Já em relação à área rural, ambos os sexos são praticamente em igual número em relação a essa procedência.

Quanto à situação conjugal desses pacientes, a maioria das pacientes do sexo feminino é casada (44) enquanto que entre os homens, apenas 14 são casados. Na situação de solteiras, as pacientes são em número pouco menor que os homens. Porém, entre elas, o número de separadas e viúvas é igual, diferentemente do que ocorre entre os pacientes do sexo masculino, em que o número de solteiros é quase quatro vezes maior que o número de separados e não há registro de viúvos.

Finalmente, quanto ao grau de escolaridade das pacientes do sexo feminino, 39 delas possuem 08 anos de escolaridade, quase o dobro em relação aos pacientes do sexo masculino. O item não-escolarizado (0 ano) é encontrado apenas entre as pacientes do sexo feminino, enquanto que o item escolarizado maior que 13 anos, somente é constatado entre os pacientes do sexo masculino.

Na tabela 03 são apresentadas as características dos usuários por diagnóstico, segundo a Classificação Internacional das doenças em sua décima edição - CID 10. Para um maior esclarecimento quanto às patologias, recorrer ao glossário de termos psiquiátricos.

TABELA 03 - Características dos usuários do CAPS BB por diagnóstico - CID 10

	Homens	Mulheres	Total
Diagnóstico (%)			
Dep. Química	09	05	14
Esquizofrenia	16	19	35
Transtornos de Humor	09	43	52
Outros	-	04	04

(Fonte: Projeto PRATCAPS)

A dependência química é maior nos pacientes do sexo masculino. A Esquizofrenia praticamente ocorre de forma igual em ambos os sexos. Mas a incidência de Transtornos de Humor, entre eles a forma depressiva, é quase cinco vezes maior entre as mulheres.

Na tabela 04, apresentamos as características dos usuários do CAPS por modalidade de tratamento e seu respectivo tempo. É importante ressaltar que os documentos normativos do Ministério da Saúde para o funcionamento dos CAPS prevêm basicamente três modalidades de tratamento, que já foram detalhadas

(p.59): intensiva, semi-intensiva e não-intensiva.

TABELA 04 - Características dos usuários CAPS BB por modalidade e tempo de tratamento

	Homens	Mulheres	Total
Modalidade (%)			
Intensiva	05	05	10
Semi-intensiva	10	45	55
Não-intensiva	20	21	41

(Fonte: Projeto PRATCAPS)

Podemos observar que na modalidade de tratamento intensivo, ambos os sexos apresentam percentual igual como indicação de tratamento. Já na modalidade semi-intensiva, as mulheres apresentam a maior incidência. Também constatamos na modalidade não intensiva, que o número de homens e mulheres é praticamente igual.

Em relação ao tempo médio de tratamento, há uma diferença significativa entre os pacientes do sexo masculino e as do sexo feminino. As usuárias permanecem mais tempo no tratamento, são mais assíduas do que os usuários do sexo masculino.

Uma vez apresentado um panorama das características gerais mapeadas pelo tratamento estatístico dos dados chamados quantitativos (questionários e fichas) e feitos alguns comentários introdutórios, passamos a apresentar os aspectos dos chamados dados qualitativos que são provenientes das descrições de observações, entrevistas e procedimentos confrontativos.

3.3.2 Observação participante (notas e descrições em diário de campo)

A observação participante é o período em que os pesquisadores fazem observações no *lócus* de sua pesquisa e, ao mesmo tempo, se inserem, no nosso caso, nas atividades desenvolvidas nesse espaço de investigação. Para possibilitar um panorama das atividades desenvolvidas no período da coleta de materiais, as tabelas a seguir mostram os registros dos pesquisadores, por dia de observação e por turno, matutino e vespertino. Ao final de cada uma delas, algumas observações e/ou ocorrências durante o turno foram anotadas. Nossa proposta é exemplificar no

quadro 05, como introduzimos esses elementos enunciativo-discursivos que serão mobilizados posteriormente no capítulo seguinte.

QUADRO 05: Descrição de atividades CAPS BB Dia 01 - período matutino (segunda-feira, 30/10/06)

Horário	Atividades	Protagonistas	Observações
9 h	Chegada ao CAPS BB.	Pesquisador orientador e pesquisadora mestrand.	Saudações/apresentações.
9 h e 30 minutos	Entrevista com o Secretário Municipal de Saúde - assinou o termo de consentimento para a realização da pesquisa, após conhecer o projeto.	Pesquisador orientador, pesquisadora mestrand e o Secretário Municipal de Saúde.	A entrevista foi rápida e bem objetiva, pois o Secretário estava muito ocupado resolvendo questões de atendimento do Hospital Municipal.
10 h	Reunião com a equipe de profissionais do CAPS.	Pesquisador orientador, pesquisadora mestrand, psicóloga, enfermeira e assistente social.	Apresentação do projeto – PRATICAPS, no qual foi mostrado pelo pesquisador orientador o perfil dos CAPS-MT. Consentimento da equipe.
10 h e 30 minutos	Início da coleta de dados quantitativos: prontuários.	Pesquisador orientador.	Ao pesquisador orientador foi destinada a sala de atendimento do clínico para que realizasse seu trabalho: verificar prontuários, pastas e preencher questionários.
10 h e 30 minutos	Registro em filmagens do local.	Pesquisadora mestrand.	Registro feito no interior e no entorno do mesmo.
11 h -13 h	Almoço		

(Fonte: Anotações da pesquisadora mestrand)

***Ocorrências no período matutino**

Usuário L. foi embora e voltou duas vezes. A psicóloga conversou com ele, mas não quis voltar, apenas concordou em passar pelo médico no período da tarde (não voltou durante esses três dias).

A enfermeira relatou que este paciente apresentava características de Esquizofrenia Paranóide e que, naquele momento, estava muito agitado.

O paciente questionou a pesquisadora mestranda sobre as fotos que ela fazia no local. A pesquisadora disse que eram para um projeto que estava sendo desenvolvido no CAPS. Ouviu-a e foi embora sem falar nada.

Os quadros 06, 07, 08, 09 e 10, correspondentes aos períodos de observação, podem ser consultados no APÊNDICE A.

Nesses quadros do diário de campo foram registradas as atividades desenvolvidas durante a visita ao CAPS BB. Contudo, não podemos deixar de mencionar as horas extras trabalhadas fora do CAPS. Foram horas dispensadas em outros locais, com a finalidade de concluir o trabalho em tempo hábil.

3.3.2.1 Coleta de dados prescritos (documentos, normas, rotinas)

Os dados prescritos foram coletados a partir das normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde (2004), “Normas para funcionamento dos CAPS”, em que são encontradas todas as prescrições para a instalação e funcionamento dos CAPS nos municípios.

Encontram-se nos ANEXOS (A, B e C) documentos que formaram nosso *corpus*.

3.3.2.2 Dispositivos de coleta de dados da oralidade (entrevista individual e em grupos; preenchimento de questionários)

Quanto aos procedimentos metodológicos empregados nas análises de uma situação de trabalho, podemos observar que os mesmos se inserem numa perspectiva dialógico-discursiva. São métodos utilizados para a coleta de dados que se aplicam sempre na presença de um dos pesquisadores. Passamos a comentar mais detalhadamente aqueles que utilizamos.

Inicialmente, foram preenchidos os questionários com cada membro da equipe (Psicólogo, Clínico Geral, Enfermeira, Assistente Social, Secretária e Auxiliar de Serviços Gerais), além do Secretário Municipal de Saúde. Por amostragem, um usuário e um familiar também responderam às questões propostas.

Os questionários foram elaborados pelos pesquisadores do projeto PRATICAPS com o intuito de formar uma base de dados para a pesquisa a partir de

um tratamento quantitativo e serviam para a coleta de dados gerais, ou variáveis, que poderiam ser cruzadas, por exemplo, o sexo com a escolaridade, dentre outras. Um panorama dos resultados desses materiais já foi apresentado por nós no item 3.3.1, os primeiros resultados da coleta quantitativa.

Quanto às entrevistas, trata-se de um meio de coleta de dados do representado que serviram para obter informações mais abertas e confirmar ou esclarecer aspectos das observações realizadas por ambos os pesquisadores.

As entrevistas, registradas em áudio, foram realizadas pelos dois pesquisadores com os protagonistas da atividade, considerados os profissionais da saúde mental, com os usuários e seus familiares. Essas aconteceram individualmente e em grupo.

Fizemos uma entrevista individual com a gerente do CAPS; com um usuário do sexo feminino que participa da oficina de vídeo; com um familiar de usuário, pai de um paciente do sexo masculino e que também participa da oficina de vídeo. Nessas entrevistas, o pesquisador solicitava ao entrevistado que o mesmo desse sua contribuição em relação ao serviço, com suas opiniões, críticas e, simultaneamente ao registro em áudio, também se registravam aspectos extraverbais.

A entrevista em grupo foi realizada juntamente com a equipe de profissionais, exceto a gerente. A idéia era fazer uma espécie de grupo de discussão em que os protagonistas da atividade se sentissem mais à vontade em responder ou comentar questões a partir de perguntas semi-abertas. A não-presença da gerente buscava garantir um nivelamento da hierarquia entre os entrevistados.

3.3.2.2.1 Outros registros

O registro em imagens foi realizado em todas as instalações, bem como no entorno, no contato com a equipe de profissionais, além de alguns usuários e familiares que se deixaram fotografar (ver APÊNDICE B _ Imagens do CAPS BB).

Já no registro em vídeo, foram gravadas as seguintes atividades, todas autorizadas pelo profissional que a coordenava e pelos pacientes: uma oficina de fisioterapia; uma oficina de TM, com usuários que elaboravam painéis explicativos sobre a medicação indicada para os seus transtornos; uma oficina de pintura, em que os pacientes confeccionaram o painel de entrada do CAPS BB, feito pelas

próprias mãos, sem a ajuda do pincel; uma oficina de depressão e que, mais tarde, serviu de filme base para que se realizasse uma ACS (Autoconfrontação Simples) com o profissional que a coordenava.

Como as oficinas de vídeo ocorriam às sextas-feiras, o registro da oficina de vídeo utilizado para as análises, assim como a ACS (Autoconfrontação Simples) do profissional, não foram realizados no período da pesquisa de campo. Foram realizados em data posterior à mesma e previamente agendada com o profissional que a coordenou. Um convite foi feito aos usuários que dela participavam e se explicou que o procedimento fazia parte da pesquisa em curso e que se garantiria o anonimato e o uso dos materiais para fins acadêmicos. Todos disseram já saber que a oficina seria gravada pela pesquisadora mestranda, pois discutiram isso em grupo com a coordenadora da mesma em um momento anterior, deram o seu aval e se mostraram participativos.

Desse modo, todos esses dispositivos de coleta de dados formaram a base de materiais para a realização de nossa própria pesquisa, como se verá no item a seguir.

3.4 Registros utilizados nas análises

Nos dois itens subseqüentes, apresentamos os dois registros utilizados para a nossa análise.

3.4.1 O evento da interação - a oficina terapêutica de vídeo e a gravação em áudio e em vídeo dessa oficina (a observação direta da oficina)

A oficina terapêutica de vídeo acontece às sextas-feiras, das 13 h e 30 minutos às 15 h e 30 minutos na sala de vídeo do CAPS BB, sob a coordenação da psicóloga. Os usuários que a freqüentam podem se enquadrar em uma das três modalidades de atendimento do CAPS. Portanto, a oficina, a princípio, é aberta a todos os pacientes que demonstrem interesse em participar, mas a presença efetiva de cada um depende do preenchimento de alguns critérios.

Na prática seria inviável a participação de todos os usuários em uma mesma oficina. Desse modo, há também um critério de seleção em que são levados em conta fatores como: disponibilidade de horário, afinidade com a proposta e sugestão

do profissional. Na maioria dos casos, há uma indicação precisa da participação de determinado usuário, uma vez que previamente, com toda a equipe de profissionais da unidade, é traçado um projeto terapêutico para cada usuário, a fim de se estabelecer uma diretriz para o tratamento.

As oficinas de vídeo ocorrem com uma participação que oscila entre quatro e oito usuários. Os mesmos chegam ao local às 13 h e 30 minutos sempre às sextas-feiras. A psicóloga introduz o assunto da oficina, todos assistem ao vídeo e depois a palavra é aberta para o debate. Os usuários ali permanecem até que o debate se encerre e, após isso, é oferecido um lanche para todos. Logo depois, os pacientes estão dispensados para retornarem às suas casas.

Na oficina que observamos, no dia 14 de março de 2007, os protagonistas eram:

1. A condutora da oficina – psicóloga, 30 anos. Atua no CAPS BB há 4 anos. Participou do projeto de implantação do mesmo na cidade e desde a sua inauguração é a gerente da unidade. Além de coordenar a oficina de vídeo, realiza os atendimentos individuais.

2. Antônio – paciente, sexo masculino, 35 anos. Está em tratamento desde 30/07/04

3. Beto – paciente, sexo masculino, 24 anos. Está em tratamento desde 22/01/04

4. Cláudio – paciente, sexo masculino, 22 anos. Está em tratamento desde 27/09/04

5. Daniela – paciente, sexo feminino, 27 anos. Está em tratamento desde 12/06/03

Considerando-se alguns pequenos atrasos, a oficina se inicia com a abertura que a psicóloga faz, dando as boas vindas, apresentando o filme, além de fazer uma antecipação do que acontecerá. Fala sobre o título, o assunto, se já fora visto por alguém do grupo, etc. e avisa que, sempre ao final, um debate ocorrerá.

Aciona a TV e o DVD (equipamento pertencente à psicóloga) e inicia a exibição do filme que sempre é dublado. Cabe ressaltar que os usuários dessa oficina e do CAPS BB como um todo não são escolarizados ou são semi-escolarizados.

Durante este momento, os pacientes ficam atentos e, naturalmente, algumas falas e risos ocorrem. São comentários das cenas ou reações que as cenas causam no espectador, mas isso não chega a interferir no bom andamento da exibição.

Assim, por um período de aproximadamente 1 h e 40 minutos a exibição transcorre normalmente. Terminado o filme, a psicóloga desliga os aparelhos de TV e DVD e inicia o debate.

Os registros em áudio (gravador portátil de fita cassete) e vídeo (câmera digital na função vídeo) foram feitos pela pesquisadora mestranda presente à sessão da seguinte maneira:

1. Gravação da abertura da oficina;
2. Início do filme - os equipamentos de registro foram desligados durante a exibição;
3. Término do filme - volta a ligar os equipamentos registrando o debate entre a psicóloga e os usuários;
4. Ao final do debate, os aparelhos são novamente desligados e todos saem da sala.

A transcrição da oficina de vídeo na íntegra se encontra no APÊNDICE C, juntamente com as convenções para a transcrição da mesma.

3.4.2 O evento da Autoconfrontação Simples - ACS (gravação)

Segundo Moura Vieira (2004), confrontar é comparar alguém ou alguma coisa, visando evidenciar suas semelhanças e diferenças. Esse autor afirma também que o evento Autoconfrontação, situado no espaço e no tempo presente, ao mostrar uma situação de trabalho tal como ela aconteceu no passado, pode ajudar a materializar uma nova forma de ver, ouvir e compreender imagens/textos da atividade complexa. Ou seja, ajuda os protagonistas da atividade a refletirem sobre o passado da situação de trabalho registrada, possibilitando, assim, o desnudamento de nuances dificilmente perceptíveis quando vividas no tempo e no espaço real do trabalho. (Moura Vieira, 2004, p. 228)

Os métodos autoconfrontativos se associam à teoria do desenvolvimento de Vigotsky e tentam operacionalizar um procedimento de análise do trabalho guiado pelo princípio bakhtiniano do dialogismo (Moura Vieira, 2004). Seguindo essa orientação, realizamos, posteriormente à filmagem da oficina de vídeo, uma edição da seqüência de trabalho e realizamos então uma ACS (Autoconfrontação Simples) com a psicóloga que conduziu a oficina terapêutica de vídeo, descrita anteriormente, dois dias após a oficina e somente na presença da pesquisadora mestranda (as transcrições das gravações da ACS encontram-se no APÊNDICE C).

A Autoconfrontação Simples consiste em confrontar apenas um trabalhador ao seu trabalho, diferentemente do que ocorre na Autoconfrontação Cruzada, na qual dois trabalhadores são confrontados. Para isso, a câmera digital utilizada na gravação da oficina de vídeo foi conectada a uma TV. Ao mesmo tempo em que assistia ao vídeo da oficina, a protagonista da atividade tecia comentários sobre o seu trabalho. Enquanto isso, uma filmadora instalada em um móvel na parte posterior à psicóloga, registrava as falas e observações que ela fazia sobre a sua atividade. À medida que as cenas da oficina eram mostradas, a psicóloga parava a câmera para analisar a sua atividade. Depois disso, acionava novamente a câmera para dar continuidade à análise.

Após o término da exibição da oficina, a psicóloga também encerra as falas e os equipamentos disponibilizados para esse evento são desligados. Assim, feitos os registros da oficina de vídeo e da ACS, estávamos prontos para procedermos às análises de cada um desses dois eventos na perspectiva dialógica.

CAPÍTULO 4 A ANÁLISE DA ATIVIDADE

Neste capítulo procedemos à análise da atividade do trabalho em Saúde Mental, acompanhando a situação de assistência em oficinas terapêuticas e mais diretamente focalizando a atividade do profissional responsável pela oficina de vídeo.

Num primeiro momento, mostramos as considerações pertinentes à oficina de vídeo formada pelo profissional e pelos usuários do CAPS. As nossas considerações gerais são baseadas em 10 meses de observação participante nessa atividade e trazem como exemplo de material coletado a oficina de vídeo registrada em 14/03/2007, na qual nos detivemos no diálogo instaurado entre esses participantes, considerando, também, a situação social e os microgêneros da atividade que compõem essa oficina.

No segundo momento, analisamos o trabalho do profissional da área de Saúde Mental, quando esse faz uma releitura de seu próprio trabalho por meio da ACS (Autoconfrontação Simples). Tal encontro para realização da autoconfrontação ocorreu no dia 16/03/2007, com a participação do profissional comentando a sua atuação na oficina de vídeo a partir da filmagem dessa atividade.

Finalmente, no terceiro momento confrontamos os materiais enunciativo-discursivos organizados nos dois momentos anteriores e procedemos à análise dialógica a partir do material transcrito. Destacamos, então, as significações da atividade de trabalho da saúde mental, refratado e refletido na atividade da psicóloga, considerando a oficina de vídeo como a arena em que se constroem os efeitos de sentido. Tal exemplo da atividade de coordenação da oficina pela psicóloga é representativo no trabalho dos profissionais da Saúde Mental no CAPS.

4.1 Os prescritos e os ditos na atividade das oficinas terapêuticas

Nos itens subseqüentes, apresentamos os prescritos e os ditos das oficinas terapêuticas, com um enfoque para a oficina de vídeo³⁸.

Sabemos que toda a atividade humana é mediada pela linguagem e, nesse

³⁸ Convém ressaltar que todas as outras oficinas oferecidas nesse serviço também são dignas de estudo e apreciação. Porém, não teríamos tempo hábil para tal empreitada, por apresentarem uma grandeza de situações e especificidades variadas.

sentido, todas as oficinas oferecidas e praticadas no CAPS BB, a princípio, poderiam ser objeto da nossa atenção analítica. Entretanto, consideramos que a oficina de vídeo é a que mais claramente, do ponto de vista organizativo, utiliza uma produção discursiva específica da área da cultura, como mediadora de uma atividade de assistência. As outras se atêm mais à esfera das produções discursivas no campo mesmo da saúde mental, como oficinas para uso de medicação, de fisioterapia, de depressão, de transtorno mental.

4.1.1 O que está prescrito para a atividade de oficina de vídeo (os prescritos)

As oficinas terapêuticas estão previstas nas prescrições que regulamentam o trabalho dos CAPS e se dividem em: expressivas, geradoras de renda e de alfabetização (ver capítulo 2 item 2.3). Dentro das expressivas, a oficina de vídeo é uma das opções de tratamento oferecida aos usuários quando lhes é traçado o projeto terapêutico. O CAPS investigado em nossa pesquisa oferece essa modalidade sempre às sextas-feiras no período vespertino.

Assim, quando o usuário procura o serviço, em seu acolhimento, é traçado um acordo de trabalho, um “contrato”³⁹ para que se inicie o tratamento. Feita a abordagem, a análise de cada situação e o diagnóstico, o usuário é convidado a participar da oficina no horário programado.

No manual do CAPS (2004), encontram-se as justificativas do porquê as práticas terapêuticas em grupo devem ser realizadas e as recomendações no sentido de como se deve proceder para fomentá-las. Sobre esse assunto destacamos o item 3.1.2, intitulado *Responsabilidades Compartilhadas entre as Equipes Matriciais de Saúde Mental e de Atenção Básica*, mais precisamente no preconizado nas letras “d”, “e” e “g”:

- d. Evitar práticas que levem à psiquiatrização e medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana.
- e. Fomentar ações que visem à difusão de uma cultura de assistência não manicomial, diminuindo o preconceito e a segregação com a loucura.
- g. Priorizar abordagens coletivas e de grupos como estratégias para atenção em saúde mental, que podem ser desenvolvidas nas Unidades de Saúde, bem como na comunidade.

³⁹ Ver modelo de contrato de tratamento no ANEXO A, página 145.

Em relação ao espaço físico que deve ser destinado às práticas terapêuticas, o manual (Brasil, 2004, p. 14) recomenda que

Os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender à sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado. Deverão contar, no mínimo, com os seguintes recursos físicos (entre outros): salas para atividades grupais; espaço de convivência; oficinas; área externa para oficinas, recreação e esportes.

No que se refere ao trabalho a ser desenvolvido pelos profissionais nos CAPS, está previsto que “Todo trabalho desenvolvido no CAPS deverá ser realizado em um ‘meio terapêutico’, isto é, tanto as sessões individuais ou grupais, como a convivência no serviço, têm finalidade terapêutica”. (ib., p.16)

Assim, para Rotelli (1990, p. 30) a convivência grupal também deve ser incentivada nesse novo modelo de atenção em saúde mental, pois

o problema não é cura (a vida produtiva), mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa. É por isso a festa, a comunidade difusa, a reconversão contínua dos recursos institucionais, e por isso solidariedade e afetividade se tornarão momentos e objetivos centrais na economia terapêutica (que é economia política) que está inevitavelmente na articulação entre materialidade do espaço institucional e potencialidade dos recursos subjetivos.

Após essa breve explanação, passamos, no item a seguir, a tecer considerações sobre os ditos em relação a essas práticas terapêuticas.

4.1.2 Os discursos escritos que circulam sobre a oficina de vídeo (o realizado)

Com base nas considerações feitas no item anterior, vamos, a partir de agora, analisar o trabalho realizado, focalizando os feitos e os ditos de como acontecem ou estão acontecendo as oficinas nos CAPS.

Tomamos como ponto de ancoragem a nossa compreensão do que a literatura apresenta como conceituação do que é o trabalho real, em nosso caso o trabalho real nas oficinas. Comentamos, mais especificamente os relatos de profissionais envolvidos diretamente no trabalho em Saúde Mental, que escreveram sobre essa experiência. Após isso, ilustramos nossa explanação com a experiência

de uma oficina de vídeo que acontece num CAPS do Rio Grande do Sul e, finalmente, no item seguinte, 4.2, passamos à discussão da oficina por nós analisada, a partir da delimitação do lugar enunciativo dos protagonistas da oficina de vídeo por nós observada, registrada e discutida em autoconfrontação.

Para Almeida (2004), a inserção do dispositivo oficina é um processo necessário de constante análise crítica da sua inserção no cotidiano e na dinâmica de um CAPS. A autora afirma também que esse dispositivo tem a potência de fazer operar uma série de ações criativas, positivas e, ainda, é um mecanismo básico de estruturação da dinâmica institucional nesses centros.

A autora apresenta as oficinas oferecidas nesses centros sob duas perspectivas: a interior, por meio da qual se concretizam as ações operacionais nos CAPS; e a exterior, pela qual as oficinas se apresentam como um tipo de elo com o mundo exterior.

Prata (2004) compreende, em relação ao trabalho que é realizado nas oficinas, que "o interminável refazer do trabalho das oficinas representa bem os nossos ossos do ofício de cuidar", devendo esse cuidar ser traduzido por conviver e dialogar. Desse modo, a oficina deve funcionar como um instrumento para medir esse cuidar, ou seja, essa assistência.

Como experiência efetiva de realização de uma oficina de vídeo, citamos o CAPS Cais Mental Centro, na cidade de Porto Alegre, RS, que realiza regularmente esse tipo de oficina há alguns anos (Sibemberg & Silva, 2006). A experiência é contada em meio a outras que acontecem nesse CAPS através de depoimentos mostrados na primeira revista lançada pela equipe de saúde mental que atua nesse CAPS (Tannous, 2006). Nota-se, nesse periódico, a preocupação dessa equipe com o cuidado e a atenção aos usuários desse serviço:

Estas atividades têm por objetivo viabilizar que o sujeito encontre um espaço onde possa se reconhecer e ser reconhecido como participante e importante no social, aprendendo a lidar com suas limitações, desejos e tolerâncias que a convivência em grupos exige; e, mais do que isto que possa se identificar enquanto sujeito desejante. O fazer é aqui pensado enquanto algo que faça gancho com o social e que, a partir dele, o sujeito possa se autorizar a produzir algo de seu viabilizando a socialização de seu discurso. A utilização nas oficinas e tarefas de objetos visa proporcionar os mais diferentes meios de expressão a partir do que cada um e o grupo vão apontando como áreas de interesse e habilidades.

Nesse CAPS, a oficina de vídeo é parte de um projeto realizado em parceria com a Columbia Pictures e com a Casa de Cultura Mário Quintana, denominado *Cinema em Debate*.

Esse projeto, coordenado pela enfermeira Ester Trevisan, consiste em levar os pacientes atendidos nesse centro para o espaço do cinema. Eles se deslocam do CAPS e se dirigem para uma sala reservada exclusivamente para eles uma vez por semana, na região central de Porto Alegre. Logo após a exibição, abre-se o microfone aos pacientes que desejarem falar sobre o filme assistido.

Podemos constatar a importância que a autora (Trevisan, 2006, p. 33) dá a esse projeto, mostrando que o filme é um elemento facilitador nessa nova proposta de atenção e cuidado aos pacientes mentais.

O filme se apresenta, então, como um dispositivo muitas vezes facilitador e aliviador mesmo, na medida em que se empresta, como uma linguagem à qual identifica-se. O filme se afigura como um livro de imagens, imagens que podem ser lidas como um texto. Quando alguém fala, a partir de uma cena ou imagem do filme, ele já se inscreve em uma lógica do compartilhamento: não está mais só, há, no mínimo ele, a cena, a produção do filme e do evento, o público, o microfone, enfim, pequenos ou grandes elementos que passam a compor o seu universo e nos quais poderemos nos apoiar no processo de trabalho com ele, se for o caso.

O ideal seria que a oficina por nós investigada também acontecesse em um espaço destinado para tal fim - o cinema – pois, nesse novo modelo de cuidado e atenção, tem-se a proposta de que a terapêutica também aconteça além dos limites do espaço físico do CAPS. Contudo, devemos registrar que na cidade onde está situado, não há cinema e tampouco uma sala de projeção. É louvável o empenho da condutora da oficina para que a mesma aconteça, pois, por exemplo, é ela quem arca com os custos financeiros das locações dos filmes.

Em relação ao debate que acontece sempre após a exibição dos filmes, a autora ressalta que

o ' debate ' é simplesmente uma provocação para que haja um diálogo, um contato com o outro que permita um certo exercício de alteridade. Ele é potencializador de encontros. Ali, talvez se possa perceber coisas que sejam de si e do outro, pontos semelhantes ou bastante diferentes do que aquilo que cada um experimenta. Não se trata de pensar o cinema enquanto ' dispositivo terapêutico', mas como uma aposta para que esta colocação em ato de relação ao

outro através da mediação da imagem e da voz permita que algo do sujeito desperte. (ib., p.34)

Nesse debate acontecem também outros elementos que não são só verbais e que também são dignos de atenção no trato com os pacientes. Assim, tem-se que:

há muitos elementos que emergem a partir do filme e do debate: olhares que se tocam, que se fixam na tela - mesmo que nem todos, mas a grande maioria, olhares que se *de-batem*. Há também silêncio e vozes, comentários, que se entrecruzam. Tosse, espirros, risos, cochichos. O movimento dos corpos de alguns que não conseguem permanecer parados o tempo de um filme. Pensamos no *debate* como um convite ao encontro, como uma forma de re-introduzir a circulação da palavra, elemento que consideramos fundamental no trabalho com as psicopatologias graves. (ib., p.30)

Na oficina analisada há um local próprio reservado para que ela aconteça, no interior do CAPS. É um espaço destinado à realização de outras oficinas também, mas, a principal delas é a de vídeo. Nela, profissional e usuários sentam-se em círculo ou semicírculo para assistirem ao filme e, logo depois, participam do debate. Sempre há espaço e atenção para todos.

No próximo item, passamos à discussão da oficina por nós analisada discorrendo sobre os protagonistas que participaram da atividade. Nossa idéia é, a partir da delimitação do lugar enunciativo dos protagonistas dessa oficina de vídeo, chegar a compreender o gênero do discurso aí investido. A questão mesma dos gêneros será aprofundada no item 4.3.

4.2 A oficina de vídeo e os protagonistas da atividade: reflexões sobre ditos e feitos

Em nosso trabalho, seguimos a orientação do dialogismo de Mikhail Bakhtin, para quem os enunciadores assumem para cada atividade um perfil que é delimitado pelo gênero do discurso que ela permite. Pela própria natureza de nossa pesquisa, ou seja, uma análise de situação de trabalho na área de saúde mental, faz-se necessário acompanhar um desses enunciadores em uma atividade concreta dessa esfera de atividade, na qual o diálogo é constitutivo.

A oficina de vídeo teve como protagonistas diretos a condutora da oficina e os

usuários do serviço em Saúde Mental. Como adotamos a noção de esfera de atividade estabilizada, nos concentraremos no trabalho do profissional que é contextualmente legitimado como o responsável pelo andamento do gênero, ou seja, o trabalhador da saúde representado pelo psicólogo, no papel do profissional que conduz a oficina expressiva de vídeo. Ele também é o terapeuta de referência⁴⁰ dos usuários que participam da mesma.

Passaremos, na seqüência, a construir o perfil enunciativo desses protagonistas da atividade de saúde mental, apresentando informações e características gerais desses sujeitos enunciadores ancorados na esfera da atividade da oficina de vídeo⁴¹.

4.2.1 O profissional da área de Saúde Mental – a condutora da oficina de vídeo

Toda esfera de atividade legitimada pelo horizonte social ampliado, ou seja, pelo universo discursivo em que se desenvolve determinada esfera de atividade, tem descrito em sua memória social e nos seus escritos o perfil esperado de um profissional. Oliveira et al (2006, p. 26) apontam para os papéis que os profissionais da área de saúde mental devem assumir nesse novo modelo de atenção em saúde mental: "uma relação de trabalho/terapêutica com seus clientes/ pacientes, uma dialética de papéis simultâneos de trabalhador/cuidador". Tendo em vista esse perfil esperado, passaremos a apresentar as descrições e observações sobre a atividade da condutora da oficina de vídeo.

A condutora da oficina tem a responsabilidade de conduzir essa oficina sempre às sextas-feiras com os pacientes que recebem a indicação, no projeto terapêutico, de participação da mesma.

Sempre convidativa e amistosa com os pacientes, assim que chega, cumprimenta todos e os convida para a sala de vídeo. Os que chegam atrasados também são cumprimentados e convidados a participar do grupo.

Podemos perceber, aqui, que a profissional, nesse novo modelo de atenção e cuidado em saúde mental, assume o papel indicado em Oliveira et al (2006, p. 27):

⁴⁰ O profissional que realiza o acolhimento do usuário é o Terapeuta de Referência (TR), o responsável por organizar as informações sobre o projeto terapêutico do usuário e representá-lo perante a equipe.

⁴¹ Devemos ressaltar que, para que a pesquisadora mestranda registrasse em áudio e vídeo a oficina, fez-se necessário um termo de consentimento (ver modelo no ANEXO B _ Material do projeto Praticaps) esclarecido e assinado pelo profissional e pelos usuários participantes da oficina.

"a disponibilidade dos profissionais para a escuta atenta e observação é condição para a identificação de problemas relacionados aos processos biopsicossociais expressos ou subjacentes na fala e nas ações do 'paciente'".

A atividade profissional é um conceito que amplia a noção de papel, pois parte da premissa de que a atividade se estrutura a partir de um "papel esperado" que se reescreve a cada momento do diálogo real da situação de trabalho. A esse respeito esclarece o lingüista e analista da atividade, Daniel Faïta (2004, p. 118):

a atividade profissional é inacessível fora de uma abordagem 'histórico-cultural' (Amigues, Faïta e Saujat, 2004). Ela é orientada, sem exceções, pelo indivíduo agindo em direção aos outros, ao meio de trabalho constituído em torno do objeto desse trabalho, em sua dimensão coletiva; e em direção também a ele mesmo, aos seus saberes formais e incorporados.

A condutora da oficina é também a gerente do CAPS e iniciou seu trabalho com a inauguração do mesmo. A ela são destinadas também as tarefas de conduzir a oficina de vídeo e de realizar os atendimentos individuais aos pacientes que necessitam de apoio psicológico.

No item a seguir, apresentamos algumas informações e características pertinentes aos usuários participantes da oficina.

4.2.2 Os usuários do Sistema Único de Saúde – os “oficineiros”

Os usuários do sistema que participaram da oficina de vídeo são aqueles a quem o projeto terapêutico fora traçado assim que procuraram atendimento e foram acolhidos pelo TR. Dessa oficina, participam também outros usuários, mas no dia da gravação, somente quatro usuários compareceram.

No quadro a seguir, um breve perfil desses participantes.

QUADRO 11 - Perfil dos usuários

Nome	Perfil	Observações relevantes para o trabalho no CAPS
Antônio	35 anos, Ensino Médio completo, solteiro, desempregado.	Diagnóstico: F.20.0 (esquizofrenia paranóide)* Modalidade: Intensivo Tempo de tratamento - 30/07/04 (3 anos). Religião: não informada

Beto	24 anos, Ensino Médio completo, solteiro, desempregado.	Diagnóstico: F.20.0 (esquizofrenia paranóide)* Modalidade: Intensivo Tempo de tratamento - 22/01/04 (3 anos). Religião: evangélica
Cláudio	22 anos, Ensino Fundamental incompleto, solteiro, desempregado.	Diagnóstico: F.20.1 (esquizofrenia hebefrênica)* Modalidade: Intensivo Tempo de tratamento - 27/09/04 (3 anos). Religião: não informada
Daniela	27 anos, Ensino Fundamental incompleto, casada, desempregada.	Diagnóstico: F.20.0 (esquizofrenia paranóide)* Modalidade: Intensivo Tempo de tratamento - 12/06/03 (4 anos) Religião: evangélica

* Classificação Internacional de Doenças em sua décima edição _ CID 10

Os usuários, como podemos observar no quadro acima, apresentam como diagnóstico de transtorno mental (CID-10) a Esquizofrenia ou Transtorno esquizofrênico⁴². Esses, por sua condição, possuem o estigma da loucura. Nesse encontro entre estigmatizados e normais vemos acontecer o que Goffman (1982, p. 15) assinala como um processo de legitimação de um estigma:

quando normais e estigmatizados realmente se encontram na presença imediata uns dos outros, especialmente quando tentam manter uma conversação, ocorre uma das cenas fundamentais da sociologia porque, em muitos casos, esses momentos serão aqueles em que ambos os lados enfrentarão diretamente as causas e os efeitos do estigma.

Apesar de todos se sentirem praticamente à vontade, o que foi percebido durante todas as nossas observações da oficina, devemos, todavia, nos ater ao que Goffman (1982, p. 16) assinalou sobre o que poderia ocorrer durante os chamados contatos mistos quando “é provável que o indivíduo estigmatizado sinta que está 'em exibição', e leve sua autoconsciência e controle sobre a impressão que está causando a extremos e áreas de conduta que supõe que os demais não alcançam”.

Ainda em relação à interação, observamos uma situação semelhante à descrita por Goffman, quando "sentimos que o estigmatizado percebe cada fonte potencial de mal-estar na interação, que sabe que nós também a percebemos e, inclusive, que não ignoramos que ele percebe". (ib., p. 49)

⁴² Síndrome psicótica (teste de realidade alterado), que aparece em cerca de 1% da população geral, com distribuição igual entre homens e mulheres, de início mais precoce nos homens (idade jovem). Apresenta como características principais: a) sintomas produtivos: perturbação das associações do pensamento (pensamento truncado, ambivalência, pensamento dividido, delírios de perseguição, místicos etc.) e da senso percepção (alucinações auditivas e visuais); b) sintomas negativos: afeto embotado, autismo e isolamento social. (Moura Vieira et al, 2006, p. 34)

Entretanto, nesse novo modelo de atenção e cuidado aos portadores de transtornos mentais, o diálogo entre protagonistas deve acontecer. Segundo o que Oliveira et al (2006, p. 20) discutem em relação aos protagonistas envolvidos, "é preciso aprofundar as reflexões e avançar nas propostas concretas advindas desse diálogo novo, no qual, todos os envolvidos são aprendizes".

Passamos, a partir de agora, a discorrer sobre os gêneros que perpassam essa esfera de trabalho na qual se encontram esses protagonistas por nós investigados.

4.3 Os gêneros da atividade mobilizados ou os gêneros do discurso mobilizados

Nos próximos itens, discorreremos sobre os gêneros da atividade ou os gêneros do discurso mobilizados em nossa pesquisa. Lembramos que adotamos como conceito de gênero da atividade para nos referirmos ao vivido, ao vivenciado (Clot & Faïta, 2000; Moura Vieira & Faïta, 2003; Faïta, 2005) e de gênero do discurso para indicarmos os tipos relativamente estáveis de enunciados que são associados a cada esfera de atividade humana. (Bakhtin, 2003)

4.3.1 O gênero oficina de vídeo

Muitos gêneros discursivos ocorrem na esfera da Saúde Mental, mas poucos deles foram descritos como tal. Nesse sentido, para trazer um exemplo já estudado, citamos o mais comum entre eles, ou seja, a consulta com enfoque psíquico. Esta, segundo Moura Vieira et al (2006, p. 27),

encontra-se constitutivamente baseada no diálogo podendo ser compreendida como um encontro para ajustes entre possibilidades nosológicas, disponíveis por escrito no campo científico, e quadros clínicos apresentados em suas manifestações verbais e não-verbais no universo social.

Esses tipos de enunciados relativamente estáveis do campo do trabalho com a saúde mental serão considerados por nós como da ordem dos gêneros do discurso. Como há muitas variações por serem estudadas e estabelecidas, e esse não é o objetivo desse estudo, vamos apenas, didaticamente, considerá-las como gêneros

da atividade pois se manifestam na prática. Assim, apenas citamos como gêneros da atividade e possíveis de serem descritos como gêneros do discurso aqueles que pudemos constatar em nossa pesquisa e que, certamente, ocorrem em outros CAPS, como por exemplo: o acolhimento, a visita domiciliar, as oficinas terapêuticas. Nossa proposta, então, é descrever o que na oficina de vídeo poderia vir a caracterizar um gênero do discurso.

Assim, ao descrever a oficina de vídeo, buscamos delimitar o que, para Bakhtin (2003), caracteriza o gênero do discurso: o seu estilo, seu conteúdo temático e sua construção composicional.

Começamos observando as características da condução da oficina de vídeo do CAPS BB. Partimos do pressuposto que um profissional que se coloque como o responsável pela atividade vai refletir e refratar os sentidos que essa atividade assume no coletivo. Nesse caso, a condutora da oficina investe seu projeto discursivo e "toda sua individualidade e subjetividade, é em seguida aplicada e adaptada ao gênero escolhido" (Bakhtin, 2003, p. 282). Para Bakhtin, tal inscrição de um sujeito enunciativo pode marcar como: "constitui-se e desenvolve-se em uma determinada forma de gênero". (idem)

Como o estilo é de caráter individual (Bakhtin, 2003, p. 265) e por isso pode refletir a individualidade do falante, a oficina de vídeo do CAPS BB é um espaço em que a individualidade da condutora da oficina se manifesta colada a sua formação de psicóloga, ou seja, assume a tonalidade dos discursos e das práticas dessa profissão e influencia no modo como a mesma conduz a oficina de vídeo. Consideramos o estilo da oficina como "subjetivo".

Para Bakhtin (2003, p. 266), o estilo pode estar ligado diretamente ao estilo da linguagem e, no caso da oficina, isso ocorre ligado a uma linguagem psicológica. Nesse caso, esse estilo pode ser considerado como um estilo de gênero dessa determinada esfera da atividade que é indissociável de um conteúdo composicional. A esse respeito esclarece Bakhtin:

o estilo é indissociável de determinadas unidades temáticas e, o que é de especial importância, de determinadas unidades composicionais: de determinados tipos de construção do conjunto, de tipos de seu acabamento, de tipos de relação do falante com outros participantes da comunicação discursiva com os ouvintes, os leitores, os parceiros, o discurso do outro, etc.(ib., 266).

Quanto ao que podemos considerar sobre o conteúdo temático, destacamos a escolha dos filmes que servirão de base para a discussão na própria oficina. A psicóloga geralmente escolhe um filme que se constitua da perspectiva da densidade psicológica das personagens. São, em geral, dramas que se compõem de unidades temáticas características desse gênero, que contam histórias típicas de dramas humanos associadas à área de saúde mental. Os assuntos são doenças, problemas de relacionamento, estigma e morte, todos abordando o tema da fragilidade humana da perspectiva narrativa e reflexiva.

Para Bakhtin (2003, p. 302) deve-se levar em conta a percepção do discurso pelo destinatário, ou seja, se ele está a par da situação e se ele ainda dispõe de conhecimentos especiais de um dado campo cultural. É através disso que se poderá determinar a ativa compreensão responsiva do enunciado pelo destinatário. No caso da recepção, mesmo sem compreender, às vezes, a profundidade de um diálogo ou de uma reflexão específica trazida nos diálogos das personagens, o usuário percebe a tonalidade geral do discurso introspectivo que coloca os dramas morais como responsabilidade do indivíduo. O tema é, então, complexificado para o drama humano tratado da perspectiva do egocentrismo, ou seja, o “eu” é responsável pela sua situação e problemas, e também pela resolução dos mesmos.

Quanto à construção composicional, organizamos mais especificamente o perfil das oficinas de vídeo do CAPS BB conforme segue:

- **Introdução** (aproximadamente 05 min): apresenta-se o assunto (faz uma abertura comentando o assunto do filme);
- **Desenvolvimento** (aproximadamente 90 min): projeta-se um filme dramático dublado que conta uma história dramática (permanece em silêncio e assiste à projeção com os usuários);
- **Finalização** (aproximadamente 15 min): passa à discussão sobre o filme, procurando deixar a fala aberta ao pronunciamento dos participantes.

Como pudemos verificar, essa forma de agir nas oficinas de vídeo está praticamente estabilizada dentro do CAPS, se reconhecemos que, por sua vez, a atividade se insere na esfera da Saúde Mental, ou seja, num determinado campo de conhecimento e de embate ideológico. Tal constatação nos remete a Bakhtin (2003, p. 282) ao propor que "falamos apenas através de determinados gêneros do discurso, isto é, todos os nossos enunciados possuem *formas* relativamente estáveis e *típicas de construção do todo*".

Podemos então dizer que a Oficina de Vídeo do CAPS BB se constitui em um gênero do discurso que se manifesta na atividade de Saúde Mental. Dentro desse gênero, há outros microgêneros que o compõem. No item a seguir, tratamos mais especificamente sobre cada um deles.

4.3.2 Os microgêneros de enquadre do diálogo

Moura Vieira (1998) afirma que, em relação à análise de uma atividade de saúde, os microgêneros são compreendidos “como os modos de desenvolvimento de um diálogo visto a partir do olhar atento à linearidade da interação como um evento observável”.

A oficina, como gênero discursivo da atividade, possui então microgêneros que nela se inserem. Passamos a organizar um dos modos de visualizá-los:

4.3.2.1 Microgêneros: saudação - despedida

Um primeiro aspecto que consideramos diz respeito à entoação expressiva característica do momento da abertura e fechamento das oficinas. Ao falar da entoação expressiva, Bakhtin (2003) comenta sobre uma gama de gêneros sumamente difundidos no cotidiano que seriam marcados por essa tonalidade. A entoação “é de tal forma padronizada que a vontade discursiva individual do falante só se manifesta na escolha de um determinado gênero e ainda por cima na sua entoação expressiva”. (ib., p. 283)

Podemos constatar isso na saudação que a condutora da oficina faz sempre quando encontra os usuários no início da oficina, com cumprimentos de boas vindas, marcação de tempo (boa tarde) e que são comuns em aberturas de atividades, conforme o exemplo a seguir:

01. A condutora da oficina – ((olhando para todos os integrantes)) *Boa tarde!...*
02. Todos - *Boa tarde!*

Aos finais das oficinas de vídeo, observamos que há um retorno a uma tonalidade dos gêneros cotidianos, desta vez com a função de encerramento que se utiliza de termos e entoação de despedida. Nesse caso, a despedida acontece após

o lanche que é servido sempre aosicineiros depois do debate e é na copa que todos se despedem.

Tal abertura e fechamento coincidem com o modo pelo qual, para Bakhtin (2003), "são, por exemplo, os diversos gêneros cotidianos breves de saudações, despedida, felicitações, votos de toda espécie, informação sobre a saúde, as crianças, etc".

Para o gênero global "oficina de vídeo", a função desses microgêneros saudação-despedida é marcar as fronteiras entre os gêneros puramente do cotidiano e o gênero mesmo da atividade que vai começar ou que vai ser encerrada. Tal evento discursivo indica aos participantes as pistas do desenvolvimento do diálogo na atividade real da oficina de vídeo, marcando "o quando" (tempo) entrar e sair do gênero.

4.3.2.2 Microgênero: exibição de filme

Todo evento do Gênero Oficina de Vídeo tem um momento que podemos considerar como um microgênero, que é dedicado à exibição de uma produção fílmica. Pode ser um documentário, um programa de TV ou um filme. No caso do gênero do discurso da Oficina de Vídeo do CAPS BB será sempre um filme. O assunto do filme no dia de nosso registro foi o amor. O despertar, o início do amor, aquele que começa na infância. O amor de um garoto por uma colega de escola.

Apresentamos a seguir dados gerais da ficha técnica.

QUADRO 12 - Ficha Técnica do filme exibido

Título: ABC do Amor

Original: Little Manhattan

Gênero: Comédia Romântica

Tempo de Duração: 84 minutos

Ano de Lançamento (EUA): 2005

Site Oficial: www.littlemanhattan.com (acesso em 20/07/2007)

Estúdio: New Regency Pictures / Epsilon Motion Pictures / Pariah

Distribuição: 20th Century Fox Film Corporation / Warner Bros.

Um filme é uma produção cultural que se caracteriza em si mesmo, como um gênero secundário, o que requer uma análise mais elaborada. Mesmo sabendo que essa película mereceria um estudo aprofundado, tal análise não está contemplada nos objetivos de nossa pesquisa. Portanto, nos atemos a apresentar apenas uma sinopse do filme exibido e que serviu como base para o diálogo por nós analisado.

QUADRO 13 – Sinopse do filme exibido

Gabe Burton (Josh Hutscherson) é um garoto de dez anos, que cursa a 5ª série e mora com seus pais, Adam (Bradley Whitford) e Leslie (Cynthia Nixon), em Manhattan. Os pais de Gabe estão separados há um ano e meio, mas ainda moram juntos. Gabe é feliz se divertindo com seus amigos, seja jogando basquete na escola ou andando com sua pequena moto pela vizinhança, sem se interessar em momento algum por garotas. Porém, a situação muda quando ele começa a ter aulas de caratê, onde passa a praticar com Rosemary Telesco (Charlie Ray), uma amiga de infância. Gabe se apaixona por Rosemary, mas não consegue entender os novos sentimentos que agora possui. Em meio às confusões que sente, ele descobre que Rosemary está prestes a partir para um acampamento de verão e que pode ser transferida para outra escola. É quando Gabe decide deixar a indecisão de lado e lutar para ficar próximo do seu primeiro amor (www.littlemanhattan.com). Acesso em 20/07/2007.

O microgênero do filme exibido se caracteriza por uma relação dos participantes da oficina com a imagem e o áudio. Os participantes ficam em geral em silêncio, sentados em seus lugares enquanto assistem ao filme. Em alguns momentos há um ou outro comentário, risos, ou ainda, manifestações de surpresa. A depender dos participantes da oficina e do momento que eles atravessam no seu processo de sofrimento psíquico, pode haver intercorrências de pessoas que estão inquietas e não conseguem manter a atenção. Elas se levantam, sentam-se e andam pelo recinto. Em geral, esse tipo de movimentação transcorre sem que a condutora da oficina interfira ou faça observações. Se alguém quer sair e voltar, pode fazê-lo sem maiores interferências.

A função deste microgênero “exibição de filme” é instituir um material discursivo expressivo que servirá de base para a continuidade do desenvolvimento do diálogo da oficina marcando “o que” (conteúdo) será desenvolvido.

4.3.2.3 Microgênero: debate orientado

O debate orientado ou o debate regrado, para alguns autores, é um gênero oral que está inserido nos domínios sociais de comunicação. Apresenta como características a discussão de problemas sociais controversos, argumentação, sustentação, refutação e negociação de tomadas de posição, entre outras (Scheneuwly & Dolz, 2004, p. 61). No debate orientado, os participantes procuram dar a sua opinião em situações próximas de sua vida cotidiana e devem também dar sua opinião com um mínimo de sustentação utilizando-se para isso um ou mais argumentos de apoio. (ib., p. 65)

Em nossa pesquisa, o que chamamos de microgênero “debate orientado” ocorreu após a exibição do filme. Trata-se de um momento em que a condutora da oficina retoma a palavra e refaz uma abertura que recoloca a função da oficina em si mesma. Tal é colocado como uma atividade de comentar o filme que foi apresentado.

Para melhor caracterizar este momento, no qual há um grande desenvolvimento do diálogo, nós o registramos em áudio e vídeo e o transcrevemos com a finalidade de procedermos a uma análise mais fina. A partir de agora, retomamos algumas seqüências do diálogo para caracterizar o debate orientado no gênero oficina de vídeo.

A mediadora do debate delimita, logo de início, o objeto da discussão, isto é, o filme exibido e o assunto abordado nele que, segundo ela, trata-se do amor. No papel de coordenadora, vemos também como ela busca orientar o debate que institui e como deve perceber e encaminhar as diferenças existentes entre os diversos pontos de vista dos demais participantes, para poder elaborar perguntas utilizando os operadores *por que, onde, como, quando*. Tal ocorrência pode ser verificada no seguinte exemplo de turno.

31. A condutora da oficina - *Hein, Cláudio! Como é que a gente aprende a amar?* ((olhando e falando diretamente para ele))

Observamos que o papel social desenvolvido pelo mediador é por nós entendido como próximo ao de Goffman (1998, p. 87), para quem o mediador deve assumir uma identidade de um grupo, de um coletivo:

note-se que, nesse caso, não se lida tanto com um corpo ou mente, mas sim com uma pessoa que ocupa algum papel ou identidade social específica, alguma qualificação especial como membro de um grupo, posto, categoria, relação, associação ou qualquer fonte de auto-identificação socialmente referenciada. Muitas vezes isso significará que o indivíduo fala explícita ou implicitamente em nome de ' nós ', não ' eu ' (...), o ' nós ' incluindo mais do que a si próprio (...)

Vemos, na seqüência, o exemplo de um turno do diálogo em que a condutora da oficina, pela afirmativa e pelo uso do nós inclusivo, se coloca como parte do grupo.

49. A condutora da oficina – *Ah... ah...* ((afirmando a fala do paciente Antônio)). *E que mensagem esse filme traz pra vida de vocês, pra **nossa** vida?*

Quanto ao verbo de ação proposto para a condução do microgênero do debate orientado, ele representa um projeto discursivo que abarca o gênero oficina de vídeo do CAPS BB. Consultando o Aulete Digital, verificamos que o verbo *debater* apresenta os significados abaixo:

1. Trocar (uma pessoa com outra, ou várias pessoas entre si) idéias sobre um assunto, apresentando e ouvindo (ou lendo) diferentes opiniões, argumentos etc. ; discutir;
2. Discutir com veemência ou ardor numa disputa verbal, em defesa de alguém, de uma causa, de certas idéias ou opiniões: altercar; discutir; porfiar;
3. Apresentar idéia ou argumentos contrários aos de outrem; fazer objeções, críticas; contestar; questionar.

No exemplo a seguir, podemos constatar a presença de diferentes opiniões colocadas no debate e percebemos, no movimento do diálogo orientado, que a condutora fica surpresa com a opinião dos usuários.

42. A condutora do debate - *E...será que amar é sofrer mesmo? Será que tem que sofrer pra amar?*

43. Paciente Antônio – *Eu acho que tem!*

44. Paciente Daniela – *Tem!*

45. A condutora do debate – *Tem? Será?* ((surpresa com a resposta deles)) *O que que o Beto acha?*

A condutora recoloca a questão, marcando uma diferença de expectativa e indicando a possibilidade de problematizar a opinião emitida. Tal recurso concorda com o esperado para esse momento do evento discursivo.

Também são percebidos nessas situações de debate o uso de outros verbos, como os de opinião (acho, penso) marcando a inscrição do sujeito enunciador. Observamos também a narrativa de uma experiência pessoal, de uma situação vivenciada, ou de uma outra fonte enunciativa autorizada como argumento para reforçar uma determinada opinião. Tais recursos são exemplificados no turno a seguir.

46. Paciente Beto - *É... eu acho que o amor, depois que nasce no coração, ele, mais na frente venha a ter algum sofrimento por causa que na vida sempre tem muitas, né... sempre tem altos e baixos... e com isso o amor vai... sofrer. **Porque se tem alguma pessoa passando por dificuldades ou por algum tipo de situação, ele vai sentir, né?...** Porque na Bíblia mesmo fala assim... o amor é paciente, sofredor e tem... um mar () de lamúrias. Então, adiante... é sofredor mesmo*

Essa situação de diálogo, que inclusive permite a citação de outros discursos para autorizar uma opinião pessoal (no caso aciona o discurso bíblico), ajuda tanto a um desenvolvimento da interação em relação aos falantes e ouvintes que participam desse evento (Goffman, 1998, p. 78), como também ao desenvolvimento dos sentidos do ponto de vista discursivo.

Finalmente, o que devemos depreender do conjunto dos microgêneros que compõem o nosso gênero Oficina de Vídeo do CAPS BB é que os microgêneros ajudam tanto o mediador quanto os participantes a reposicionar o seu papel social e o lugar de produção dos textos autorizados ao seu discurso. Passamos, então, a comentar o que compreendemos por textos autorizados, ou esperados para cada microgênero.

Na nossa compreensão, na saudação e na despedida, é esperado que o usuário se coloque como hábil para reconhecer e funcionar nos limites sociais de

uma atividade de grupo. O texto esperado é aquele que não arranhe a face dos participantes do diálogo. Caso o participante faça sequer um cumprimento e se coloque como um par para o outro, poderá ser dispensado da oficina ou ser redirecionado para uma outra atividade.

No decorrer da exibição do filme, espera-se que o participante se coloque como um expectador com as condições mínimas de acompanhar uma produção expressiva. O texto esperado é o do “silêncio atento” que pode ser entremeado aqui e ali por manifestações que respondam aos estímulos projetados na tela. Nesse caso, a inquietação extrema é também uma possibilidade esperada, pois do ponto de vista do tema dessa oficina, que é lidar com o sujeito na perspectiva psicológica, os diálogos e situações abordadas no filme podem mobilizar “conteúdos internos” dos participantes.

No momento do debate orientado, no caso específico, espera-se que o usuário se coloque como um “paciente de psicoterapia”, no sentido de poder refletir acerca da sua condição psicológica correlacionada aos dramas de outrem. O texto esperado é o da reflexão psicoterápica ou, no mínimo, considerando a condição dos pacientes e a realidade da atenção oferecida no CAPS, um reconhecimento da condição patológica que demanda o tratamento e o uso de medicações.

4.4 A análise e reflexões sobre a atividade

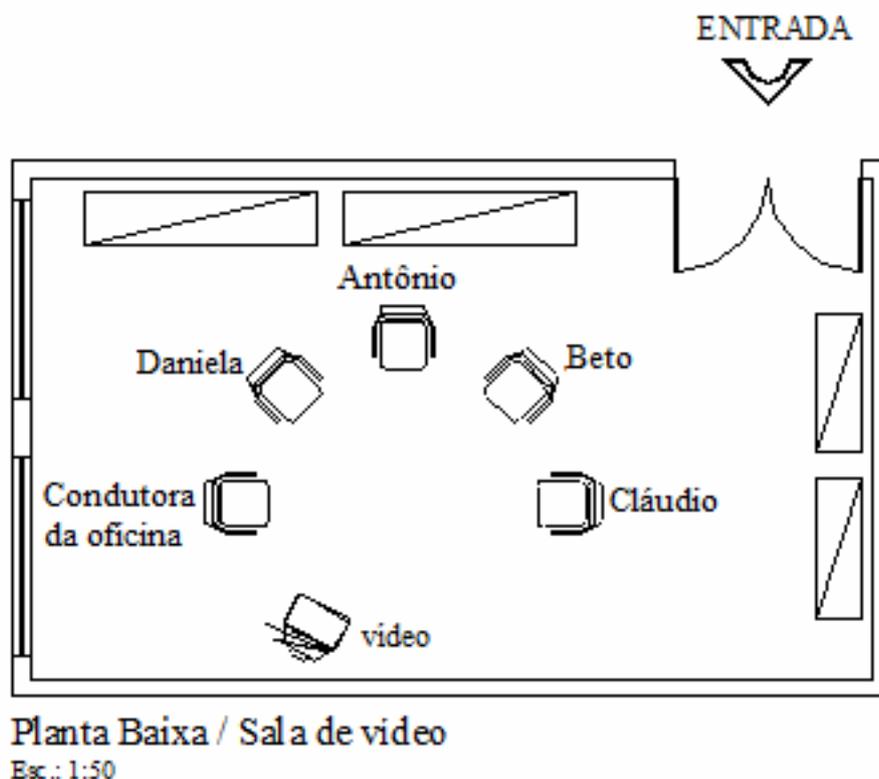
Neste item procedemos à análise propriamente dita do diálogo instaurado entre a mediadora do debate e os usuários durante a oficina de vídeo. No item posterior, o evento da ACS, somente com a participação do profissional e do pesquisador.

4.4.1 Na oficina de vídeo

Analisamos a oficina terapêutica de vídeo como um gênero instituído no novo modelo psicossocial de atenção no sistema estatal de Saúde Mental. Uma vez instituídos, no item anterior, os três grandes blocos de microgêneros de enquadre dialógico que a compõe, passaremos, agora, a observar a seqüência do diálogo. Para realizarmos a análise da mesma, utilizamos fragmentos retirados dessas transcrições e de anotações sobre essa oficina. A transcrição na íntegra se encontra

no APÊNDICE C - Transcrição das gravações.

A seguir, apresentamos a planta baixa da sala de vídeo onde a oficina acontece, assim como a posição que os protagonistas da atividade ocuparam durante a realização do evento de interação.



Iniciando com a saudação, a condutora da oficina realiza uma pequena introdução do filme, título, assunto, uma pequena pausa, pois ao falar no título, desperta um comentário do paciente Antônio.

04. Paciente Antônio - *ABC...* ((em tom de desconfiança)) *O nome já é bonito, né?*

A condutora da oficina aciona o equipamento de DVD e todos assistem ao filme sem comentários. Apenas alguns risos, gestos e troca de olhares durante as cenas. O diálogo se instaura depois da exibição do mesmo.

Ao final da projeção, inicia-se o debate. A palavra é da condutora, mediadora do mesmo, perguntando se haviam gostado do filme, procurando uma apreciação de todos. Uma seqüência de risos e breves comentários se sucedem, acompanhando respostas curtas.

Nessa passagem e no transcorrer do debate, podemos constatar o que Bakhtin (2005, p. 139) assinala como uma conversa que “é conduzida por meio de entoações que exprimem as apreciações dos interlocutores” e “essas apreciações, assim como as entoações correspondentes, são inteiramente determinadas pela situação social imediata em cujo quadro se desenvolve a conversa”. (ib., p.139)

A partir de então, a condutora pergunta sobre o que entenderam do filme e é a paciente Daniela quem dá uma resposta direta:

05. A condutora da oficina – *Então, o que que a gente pode... pode entender do filme?*

06. Paciente Daniela – *O menino é apaixonado pela menina.*

Esperando por mais respostas, a condutora da oficina faz gesto afirmativo com a cabeça, enquanto aguarda por outras respostas dos demais participantes.

Quem toma a palavra é o paciente Beto. Esse consegue caminhar para uma resposta à qual a condutora esperava que chegassem. Ela, então, aproveita a palavra "espelho", proferida por esse paciente em sua fala e formula a seguinte pergunta:

09. A condutora da oficina – *E o pequeno também pode se... se espelhar... no grande?*

É o paciente Antônio quem responde, de uma forma direta, dando margem, nos turnos seguintes, a uma seqüência de respostas diretas. A condutora da oficina insiste em retomar a pergunta, porém, o que ela ouve são respostas diretas:

11. A condutora da oficina – *O menininho "tava"... se espelhava no pai?*

12. Paciente Antônio – *"tava"!*

13. Paciente Daniela - *"tava"!*

Continua com outra pergunta na tentativa de recuperar as palavras anteriormente lançadas pelo paciente Beto:

14. A condutora da oficina – *E como que o menino "tava" reagindo?*

A partir desse turno, as respostas começam a se tornar mais longas demonstrando uma reflexão por parte dos usuários Antônio e Beto sobre as perguntas recolocadas. Esses dois usuários são os que têm maior participação no debate. Convém mencionar que tal fato ocorria também em debates anteriormente observados.

Assim, o paciente Antônio assume a palavra e fala sobre a insegurança do protagonista do filme, fazendo gestos com as mãos, levando-as sempre ao encontro do peito, do lado do coração, demonstrando sensibilidade e segurança ao falar desse sentimento. Gestos sensíveis, mas firmes.

15. Paciente Antônio – *Ele "tava" um pouco assim... inseguro, né? Ele "tava" tendo a decisão ainda para dar para a menina de falar as coisas. Ele ia falar, mas em pensamento. Aí, a hora que ele ia falar ele precisava de um tempo. Mas muitas coisas que ele ia falar para a menina, que ia falar no amor dela... era proibido. Aí ele não conseguiu há mais tempo. Foi no finalzinho que foi entender que tudo o que sentia era o amor que sentia por ela.*

Durante todo o debate, nos seus diversos turnos de fala, o paciente sempre repete os gestos, como se realmente tudo o que ele diz em relação ao assunto do filme, o amor, tem que estar, necessariamente, ligado ao seu coração.

Ainda sobre a relação pai e filho, a condutora da oficina questiona:

16. A condutora da oficina – *E o que o pai dele aprendeu? O pai dele aprendeu... O pai do menino... aprendeu alguma coisa?*

Nesse momento, o paciente Beto não compreende bem a pergunta e a condutora do debate a formula novamente. É ele mesmo quem assume o turno, fazendo uma retrospectiva da relação dos pais do garoto, fazendo uma análise. Ele consegue identificar bem essa relação que é apenas sugerida no filme.

21. Paciente Beto - *Eles eram separados. Que... eles antes se amavam, mas depois, por causa de algumas coisas assim... coisas assim... sem... sem tanto sentido, daí, o amor foi se acabando. Mas ele não agiu como o pai dele, por causa, assim... não desistiu de lutar... pelo amor...*

No final do turno, a paciente Daniela dá a sua contribuição. Ela participa pela primeira vez de forma espontânea para finalizar a frase de Beto. Percebe-se que, mesmo participando pouco, ela está atenta ao que os outros estão dizendo, respondendo. Tem-se então:

22. Paciente Daniela - *...que ele tinha pela Rosemary.* ((completando a fala do paciente Beto))

Aqui, podemos ver a satisfação da condutora da oficina em relação a essa participação da paciente Daniela:

23. A condutora da oficina – *Isso!* ((pausa e depois retoma o turno))

A condutora da oficina aproveita que o turno pertence a ela mesma e lança outra pergunta, agora em relação ao título do filme, ao porquê desse título e é Beto quem dá a sua opinião, fazendo uma contra-pergunta à qual ele próprio responde.

24. Condutora da oficina – *Então! O que significa o ABC do amor? O nome do filme?*

25. Paciente Beto. – *É o início, né? De se amar, aliás, todo...todo mundo teve um começo, né? E o começo deve ser o ABC.*

Logo em seguida, o paciente Antônio, aguardando o término da fala de Beto, também diz ser pela idade, mas sua resposta é mais duradoura e apresenta traços de uma compreensão subjetiva. Fala com convicção que realmente a idade, para que se comece a amar, não importa.

A condutora da oficina, após essa fala, se mostra muito contente com a resposta de Antônio e já elabora outra pergunta e é ele mesmo quem a responde. A pergunta é sobre como se aprende a amar. Mas antes de dar a resposta, há uma dúvida por parte dele e a condutora reafirma a pergunta.

A resposta de Antônio é colocada em relação à sua própria experiência, o que a coloca no campo da inscrição de um sujeito enunciador que se confunde com o sujeito empírico.

30. Paciente Antônio – *Eu, no meu caso, eu interpreto assim, que... pra amar é pelo... tratamento que a pessoa entende a gente, pelo sentimento... pelos problemas... Não olhar nada, deixar tudo passar, erguer a cabeça e falar: - Essa é a pessoa da minha vida! ... Não importar com conversa, com boato, com fuxico e pensar no futuro. Não ficar olhando pros outros. Olhar para a pessoa. Porque tem muitas pessoas que é bem, como se diz, é bem vivida, ...assim ...de amor, tem 50 anos de casado, tudo. É um espelho. Então, a vida da gente fez assim... tanto pela pessoa e também procurar fazer pra gente. Não ficar olhando para aquele que fica brigando todo dia aqui. Olha aquele velhinho lá de 60 anos, lá. Não sabe ler, que é o velhinho que começou novo, mas tá casado... hoje e tem 8 filhos, já. Sinal de transformação.*

Nessa passagem podemos perceber que se trata de um depoimento da história de vida do paciente. Uma resposta plena de sentimentos. Ele tem 35 anos e ainda mora com a família, pais e irmãos. Percebe-se que ele fala da figura paterna e da relação a dois que, nesse caso, é duradoura, pois está se referindo à relação de seus próprios pais.

Após isso, a condutora da oficina retoma a fala e percebe que até agora o paciente Cláudio ainda não proferiu sequer uma palavra. Faz uma pergunta direta, mas modalizando-a:

31. A condutora da oficina - *Hein, Cláudio! Como é que a gente aprende a amar?*
((olhando e falando diretamente para ele))

O paciente timidamente responde que não sabe. Mas ela insiste e ele dá apenas uma resposta direta. Novamente e por alguns turnos, do 35 ao 40, há a tentativa da condutora do debate de encorajá-lo a falar mais, a participar do debate, mas ele apenas se reserva a dar respostas curtas e diretas.

35. A condutora da oficina – *Não?*

36. Paciente Cláudio - *Não.*

37. A condutora da oficina – *Mas você acha que isso pode acontecer?*

38. Paciente Cláudio – *No filme aconteceu, né?*

39. A condutora da oficina – *Mas o que que você achou? Foi legal? Não foi legal?*

40. Paciente Cláudio – *Foi legal.*

Percebemos aqui a preocupação da condutora da oficina em querer a participação de todos do grupo, em especial, daqueles que são mais inibidos, mais tímidos. Ela sempre os está encorajando, chamando-os pelo nome, a participar.

Quem retoma é Antônio, aproveitando a pausa de Cláudio, continuando o mesmo assunto, o do relacionamento iniciado na infância e, assim que termina, a condutora da oficina lança outra pergunta em relação ao assunto amor:

42. A condutora da oficina - *E... será que amar é sofrer mesmo? Será que tem que sofrer pra amar?*

Antônio e Daniela respondem prontamente de forma afirmativa. A condutora da oficina fica surpresa com ambas as respostas e praticamente procura outro paciente para ver se ele discorda da resposta deles.

43. Paciente Antônio – *Eu acho que tem!*

44. Paciente Daniela – *Tem!*

45. A condutora da oficina – *Tem? Será?* ((surpresa com a resposta deles)) *O que que o Beto acha?*

Mas ele vai corroborar com os outros dois pacientes e ainda se respaldar na Bíblia para construir a sua resposta. No final da resposta, reafirma a sua opinião. Cabe aqui a colocação de que esse paciente é evangélico e é uma pessoa muito atuante na igreja da qual pertence (ver item 4.2.2, perfil dos usuários).

46. Paciente Beto - *É... eu acho que o amor, depois que nasce no coração, ele, mais na frente venha a ter algum sofrimento por causa que na vida sempre tem muitas, né... sempre tem altos e baixos... e com isso o amor vai... sofrer. Porque se tem alguma pessoa passando por dificuldades ou por algum tipo de situação, ele vai sentir, né?... Porque na Bíblia mesmo fala assim... o amor é paciente, sofredor e tem... um mar () de lamúrias. Então, adiante... é sofredor mesmo.*

A condutora da oficina, vendo que a opinião é quase unânime, tenta dar uma outra conotação para essa idéia, mostrando uma outra face do amor, a pureza. Observamos que ela se esforça para que os pacientes não fiquem restritos a uma imagem de sofrimento em relação ao amor:

47. A condutora da oficina - *O amor é puro também, né? É... viu como o menininho sofria? Mas ele sofria, muito mais por medo, por insegurança... Não porque ele amava, né?*

Podemos perceber, nessa passagem, que a condutora da oficina procura uma apreciação, nesse caso, uma apreciação positiva em relação ao amor por parte dos usuários, pois “em qualquer enunciação, por maior que seja a amplitude de seu espectro semântico e da audiência social de que goza, uma enorme importância pertence à apreciação” (Bakhtin, 2006, p. 140). Além disso, “não se pode construir uma enunciação sem modalidade apreciativa. Toda enunciação compreende antes de mais nada uma *orientação apreciativa*” (ib., p.140). Essa possibilidade de uma nova apreciação fica aberta ao desenvolvimento dos sentidos.

Após essa colocação, ela vai direcionando o debate para o final, chegando a orientar a resposta a qual mensagem o filme traria para cada um deles. Antônio, sempre de forma espontânea (durante todo o debate não foi necessário que a condutora da oficina o interpelasse pelo nome), inicia sua fala, mais uma vez deixando claro que é a sua opinião, e não a de outros.

50. Paciente Antônio - *Pra mim, eu entendo assim, que... A pessoa não deve interpretar uma conversa que uma pessoa “tá” conversando com um homem, com um homem... Uma mulher e chega o namorado dela... o namorado dela. Ele já acha que “tá” tendo um caso ali, **né?** Conversar, ter união, tem que respeitar ela, ela respeitar ele, porque não vai ficar todos os dias dentro de casa, o dia todo... Tem que trabalhar e pensar na vida, no futuro. No filho que vai ter. No filho aqui, como daqui a dois anos vai ter outro, pra ver como “tá” cuidando daquele ali... pra vim saber com quem “tá” morando, pra saber com quem vai viver.*

A expressão em negrito “né” (contração do advérbio de negação *não* + verbo ser conjugado é) presente na fala de todos os participantes do evento, mostra-nos o

que Bakhtin (2006, p. 139) afirma acontecer na fala das pessoas:

quase todas as pessoas têm as suas interjeições e locuções favoritas; pode-se utilizar correntemente uma palavra de carga semântica muito grande para resolver de forma puramente entoativa situações ou crises da vida cotidiana, sejam elas menores ou graves. Encontram-se, servindo de válvulas de segurança entoativa, expressões como: 'pois é, pois é', 'sei, sei', 'é, é', 'pois não, pois não', etc.

A fim de que todos tenham a oportunidade de se colocar para o coletivo, a condutora da oficina chama primeiramente a paciente Daniela para que coloque a sua posição enunciativa. A paciente, a cada vez que é interpelada, vai, aos poucos, construindo algumas respostas, mas sempre se referindo ao filme e não à sua própria vida. Pelo menos do dito, ela parece não conseguir fazer uma transposição da ficção para a realidade.

52. Paciente Daniela - *Pra mim, tem que saber amar, libertar, né? Não mentir. Igual a menina... não queria perdoar o menino, né? Aí, ele viu que ele gostava muito da menina e ele falou que não gostava dela. Depois...depois viu apurado e começou a chorar.*

A condutora da oficina percebe o esforço da paciente na construção da resposta e tenta ajudá-la na fase de conclusão, acrescentando:

53. A condutora da oficina - *E aí ele correu atrás e co...*

A paciente percebe a colocação da condutora da oficina e completa, encerrando assim, o comentário:

54. Paciente Daniela - *... e conseguiu.* ((completando a fala da condutora da oficina))

Em todos os enunciados do diálogo instaurado nesse debate, atentamos para o que Bakhtin (2003, p. 326) afirma em relação ao enunciado, como unidade de comunicação, "ele nunca é apenas um reflexo, uma expressão de algo já existente

fora dele, dado e acabado. Ele sempre cria algo que não existia antes dele, absolutamente novo e singular”.

A condutora da oficina, atenta ao seu projeto de ouvir a todos antes de encerrar o debate, chama por Beto para que esse dê a sua contribuição. Somente depois é que chamará por Cláudio, talvez considerando que ele é o mais tímido, ela manterá a expectativa de que ele colabore de forma espontânea. Beto também dá uma resposta subjetiva, levando a discussão para a vida dele e não para o que aconteceu no filme, como o fazem os participantes Cláudio e Daniela.

Por fim, ela chama por Cláudio, pois em função do tempo, que se encaminha para o encerramento, se não chamá-lo ele não participará. Ele dá respostas ainda mais curtas:

57. A condutora da oficina - *E pro Cláudio? Cláudio? Qual que a mensagem que o filme, que você leva pra casa?*

58. Paciente Cláudio - *Ah! Não sei...*

59. A condutora da oficina - *Mas amar é bom?*

60. Paciente Cláudio - *É...*

61. A condutora da oficina - *É importante para a vida?*

62. Paciente Cláudio - *É...*

63. A condutora da oficina - *Pode começar bem cedinho ou pode vir... mais tarde...*

Após essa fala, a condutora da oficina encerra o debate deixando uma mensagem (*o amor “tá” na vida de todo mundo. O amor de amigo. né? O amor entre os colegas, né? O amor entre... pessoas mesmo, né?*) e espera que todos a levem para casa. Segundo ela, essa seria quase que uma lição do filme exibido e todos concordam com ela. Então os convida para o lanche que já está pronto e todos se dirigem até à copa.

Quanto aos turnos de fala (Goffman, 1998, p. 84), observamos que as falas são distribuídas pela condutora a todos os pacientes para que expressem suas idéias, opiniões e sentimentos e que em momento algum há a sobreposição de turnos. Todos aguardam a sua vez de falar e sabem o momento em que devem ouvir o colega e a condutora da oficina.

Quanto aos temas nas falas, observamos que a condutora, embora não interfira diretamente na fala dos participantes para dar opiniões pessoais ou trazer à

tona sentimentos ou idéias próprias, direciona o diálogo para uma visão positiva da vida e do tratamento. O único momento em que ela deixa transparecer um pouco a sua opinião é quando todos acham que "o amor é sofredor". Mas apesar de não concordar (fica surpresa com a idéia deles), não impõe a sua opinião, e busca amenizar o "peso" do sofrimento encaminhando a discussão para a pureza do amor, indicando que o sofrimento viria de outros sentimentos, tais como o medo. Sem forçar a intenção de persuadi-los, indica uma abertura para o desenvolvimento do sentido.

No geral, a condutora da oficina não apenas cumpre o papel de mediar a atividade como também o de direcionar, conforme as expectativas da prescrição das oficinas terapêuticas, que é da ordem das atividades expressivas.

4.4.2 No evento da ACS

A situação que vamos submeter a um novo viés de análise resulta da Autoconfrontação Simples da condutora da oficina ao seu trabalho desenvolvido durante a realização da oficina de vídeo.

Para analisarmos a situação de trabalho do profissional na área de saúde mental, realizamos o evento da ACS proposto por Daniel Faïta e os pesquisadores da Clínica da Atividade. Ele é constituído por três momentos, assim resumidos no manual de treinamento do PRATICAPS (Moura Vieira et al, 2006):

- 1º - O protagonista da atividade, em situação de trabalho, é filmado;
- 2º - Esse mesmo protagonista assiste então ao vídeo feito numa tela de tv ou computador. Enquanto assiste, ele vai tecendo comentários sobre sua atuação na atividade desenvolvida. Durante esse comentário, uma câmera filmadora é colocada em posição posterior a ele para filmá-lo;
- 3º - Seleção do material de análise. Após participar dos dois momentos anteriores, é a vez do analista do discurso proceder à análise das duas situações, fazendo uso dos textos produzidos pelo protagonista, a título de contribuição, para a sua prática junto aos pacientes com transtornos mentais que participam dessa oficina de vídeo.

Podemos perceber aqui, uma analogia com métodos empregados por Sócrates junto aos seus discípulos e com o método de autoconfrontação recuperado pela LA para análise de situações de trabalho. Oliveira et all (2006, p. 15) relatam que, por volta de 400 a.C., na Grécia,

Sócrates levantava a questão da alma como a sede da consciência e do caráter. Era função do filósofo conduzir os indivíduos a pensar como quem cura, 'pensando palavras como quem pensa feridas'. Dessa forma, foi um dos primeiros estudiosos a propor a 'confrontação' mediante palavras, como agente eficaz para o desenvolvimento da consciência e da atividade humana, indicando o diálogo como um tipo de terapia.

Ainda comentando as relações do pensamento com a linguagem, Faïta (2005, p. 124) assinala, em relação à Autoconfrontação, que

o trabalho de leitura das trocas verbais obtidas constitui o primeiro ato consecutivo à realização da autoconfrontação. Leitura no sentido de que nos encontramos diante de um objeto textual e trabalho no sentido de que, para usar uma metáfora, nos damos por meta 'desdobrar' um enunciado percebido *a priori* como uma continuidade que esconde sua densidade, os esperados e determinados.

A ACS feita com a condutora da oficina se realizou em 04 momentos distintos, conforme ilustrado no APÊNDICE C _ Transcrição das gravações, página 07.

Na primeira parte da ACS (turno 1 ao 23), ao ver as cenas da abertura e as primeiras seqüências do debate, a condutora da oficina se reserva o direito de observar as cenas, sem proferir comentários sobre o que assiste. Somente ao pararmos a exibição e mantermos o áudio, ela inicia o seu comentário especificamente sobre as cenas exibidas e de sua atuação como mediadora do debate.

Ela menciona a preparação do filme, o que poderá ser discutido e desenvolvido com os pacientes em relação ao filme exibido. Contudo, não ficou satisfeita com o comentário que fez sobre a relação do menino, do pai e da mãe. Acredita que isso era uma idéia secundária ao que já estava sendo discutido no momento e considera que colocar a questão foi uma atitude precipitada. Fica bem nítida a sua idéia, pois praticamente soletra a palavra:

Acho que não era nem...nem...erro deles...acho que eu deveria ter tido esse cuidado de... de...e... não tanto de início chegar...olhando esse ponto de vista. Isso era, vamos dizer, uma idéia secundária ao filme... que o menininho também conseguia com... com a vivência do menino, mudar a... a... visão do pai, por exemplo, né? Então, eu acho que nesse sentido...é... fui meio pre-ci-pi-ta-da no

comentário. ((risos)).

Na segunda parte da observação da gravação (turno 24 a 48), que diz respeito à continuidade do debate, a condutora da oficina também se resguarda de comentar durante a exibição das cenas e, ao desligar a câmera, sua expressão é mais tranqüila, pois diz que esse momento do debate foi o momento em que as respostas foram mais elaboradas, onde houve mais participação de todos, segundo ela mesma, um momento mais produtivo:

Acho que foi mais tranqüilo, foi onde que... conseguiram se expressar melhor, onde não houve tanto silêncio, né, porque a resposta "tava" acessível, vamos dizer assim, à compreensão deles.

Retoma ainda um assunto da primeira parte, quando se refere ao momento em que antecipa as respostas dos pacientes, como é o caso de Daniela. Reflete que, embora seja uma forma de ajudar o paciente a chegar a uma resposta, tal conduta poderia comprometer a capacidade de abstração do paciente. A condutora da oficina, após fazer essa reflexão, volta-se para a pesquisadora com um olhar inquisitivo como se procurasse uma confirmação para o que disse.

A gente acaba se precipitando, né... na nossa forma de olhar os filmes, de olhar a situação e... acaba atropelando... antecipando respostas, a-tro-pe-lan-do a fala do... do... usuário, no caso, ou do outro, né. Seja por ansiedade, seja por querer ajudar. Mas isso acaba ... é ... comprometendo, vamos dizer assim, a capacidade de desenvolvimento que pode ter, né, de absorção e de troca de informações entre eles e comigo também, né. Então, acho que essa parte, ela foi produtiva.

Recomeçamos a projeção do vídeo da oficina e nesta terceira parte da ACS (turno 49 a 50), a condutora da oficina faz comentários durante a exibição das cenas. Ao olhar o vídeo, pára a cena com o controle remoto e faz os seus comentários que se relacionam aos dois usuários que tiveram uma menor participação durante o debate.

a) Sobre a paciente Daniela:

Comentário da condutora da oficina: *Você vê, conforme ela vai... ela vai... me dando uma resposta, ela vai construindo uma resposta. Às vezes contraditória, mas ela vai construindo.*

b) Sobre o paciente Cláudio:

Comentário da condutora da oficina: *Eu... acho que... quanto mais ele puder ficar... atrás da cortina ele fica. Fala só em último caso.*

Note-se aqui a preocupação da condutora com os usuários menos participativos, mais tímidos, mais inibidos. Podemos observar que ela faz uma apreciação positiva da paciente Daniela. Diz saber que as respostas dela são menos elaboradas do que as dos outros dois pacientes (Antônio e Beto). Contudo, reconhece o esforço da paciente em construir uma resposta. Mesmo que a resposta seja contrária ao que ela pensa, reconhece o esforço realizado para pronunciar-se.

Quanto ao comentário proferido em relação ao paciente Cláudio, faz uma afirmação, referindo-se à timidez do usuário. Uma vez considerando essa característica, a condutora lida com ele, dentro dos limites. Em observações anteriores e de outras situações no CAPS, a pesquisadora também havia assinalado que o usuário agia sempre de forma discreta e falava pouco, independente da presença de outros ou não do grupo. Cabe salientar que ele é um usuário assíduo, comprometido e, mesmo sabendo que ia ser filmado, embora sendo tímido, compareceu e colaborou, à sua maneira, no momento da gravação.

Essa característica de falar pouco, com frases curtas e que trazem um conteúdo simples, que se acentua no paciente Cláudio, é uma constante na fala dos usuários na maioria das atividades de grupo. Entretanto, se falam pouco, a sua tonalidade, os seus gestos e expressões são muito comunicativos. Para Moura Vieira et al (2006, p. 31),

nesse terreno do diagnóstico como fonte de ação, a prática em saúde mental esbarra em outro grande desafio: as dimensões não-verbais do discurso. Mesmo sendo o diálogo um instrumento privilegiado do exame mental de um 'paciente', não se pode supervalorizar o conteúdo verbalizado como a matriz da produção de sentido (de diagnóstico), pois muito do discurso circula e aparece em movimentos corporais, atravessa silêncios, manifesta-se em não-ditos de outros (familiares, amigos, vizinhos) dentre várias possibilidades de mobilização dos sentidos.

Na prática da condução da oficina, a condutora introduz o seu modo de se expressar como uma das fontes para orientar a sua ação. No trecho seguinte (APÊNDICE C, página 08), observamos a condutora da oficina reconhecendo o que ela chama de "erros". Um deles, seria o fato de induzir o assunto. Segundo ela, ao dizer que o assunto é o amor, no lugar de abrir o comentário sobre qual seria o assunto, leva ao fechamento do mesmo. Comentando, ainda, sobre os seus supostos erros, ela diz que, no processo do debate, entra no ritmo dos pacientes, o que caracteriza como: fazer um comentário e parar nele.

Mas eu acho que eu, às vezes, interfiro demais. Em vez de criar um espaço maior, eu acabo fechando... O comentário. Em vez de tentar abrir, né... Em vez de em vez de... No sentido de fechar o assunto, abrir cada vez mais. Então eu encerro. Eu encerro a discussão, né? Eu entro no mesmo ritmo que eles. Faz um comentário e pára, né?

Na quarta e última parte da ACS (turno 51 a 70), a condutora comenta sobre o fechamento da oficina e dá a sua opinião em relação ao recurso da ACS. Ela reconhece as limitações do trabalho e faz uma avaliação da oficina como um todo. Segundo a sua auto-avaliação, a sua atuação em relação aos pacientes e o papel que ela tem que desempenhar na condução da oficina de vídeo, reconhece que é uma atividade complexa e que fica sob a sua responsabilidade no CAPS.

Quanto à ACS, ela acredita que é um bom recurso para a sua auto-avaliação, para ajudá-la a melhorar sua condução das próximas oficinas e também na escolha dos próximos filmes que trará. Segundo ela, vai procurar levar os pacientes a construir uma nova visão sobre o assunto que será abordado da próxima vez. De alguma forma, ela está resgatando para o método o princípio do dialogismo como um recurso para o desenvolvimento dos sentidos. Ela comenta:

E que tenham uma nova visão sobre o mesmo assunto. Mas aí, o meu papel, né, além de tentar conduzir essa discussão, o que fazer com esse fim, como fechar... É..., Pelo menos à tarde... O filme, não necessariamente o assunto.

Finaliza a ACS reconhecendo que é importante a revisão do trabalho para a melhoria do mesmo (APÊNDICE C, página 09).

Eu acho que é... Até mesmo falando sobre isso, você começa já a construir uma possível descoberta, né, para os próximos filmes, né? Mas isso é muito bom. Então, de fato, tem que ser revisto mesmo, essa questão.

Das reflexões do profissional que coordena a oficina, sintetizamos os seguintes aspectos por ele indicados como pontos positivos e negativos da sua atividade:

como pontos positivos:

- a postura de escuta;
- incentiva a fala dos mais tímidos.

como ponto negativo:

- que, às vezes, se adianta à resposta dos usuários e gostaria de dar mais tempo para a fala dos mesmos.

No item a seguir, faremos uma retomada das análises que realizamos, tendo por base o dispositivo da ACS e colocaremos algumas reflexões sobre os nossos resultados e suas implicações para o trabalho nas oficinas de vídeo.

4.5 Reflexões sobre os diferentes níveis de nossas análises

Neste tópico, procedemos a uma reflexão sobre o conjunto das análises a partir dos dois momentos anteriormente descritos e retomando as premissas que guiaram a nossa leitura e compreensão dos materiais enunciativo-discursivos.

As falas do profissional e dos usuários analisadas neste capítulo só podem ser compreendidas na dimensão dialógica posta na relação que o locutor tem com o ouvinte, o que torna indispensável que ambos os participantes:

pertençam à mesma comunidade lingüística, a uma sociedade claramente organizada. E mais, é indispensável que estes dois indivíduos estejam integrados na unicidade da situação social imediata, quer dizer, que tenham uma relação de pessoa para pessoa sobre um terreno bem definido. É apenas sobre este terreno preciso que a troca lingüística se torna possível. (Bakhtin, 2006, p. 72)

Tal constatação implica em dizer que, embora haja uma assimetria entre o

condutor da oficina e participante, ou profissional e usuário, ou ainda psicólogo e paciente, essa correlação é legitimada no horizonte social ampliado e que os autoriza a fazer parte da mesma comunidade lingüística da saúde mental. Desse modo, o diálogo instaurado entre os interlocutores não existe fora das suas relações sociais. Assim, com esse enfoque dialógico, podemos realizar uma análise do mundo do trabalho no espaço do CAPS como objeto de um estudo discursivo específico desse espaço.

Quando se faz uma análise de uma situação de trabalho, deve-se levar em conta a eficácia da colocação em palavras, pois Bakhtin (2003, p. 67) afirma que "cada palavra se apresenta como uma arena em miniatura onde se entrecruzam e lutam os valores sociais de orientação contraditória. A palavra revela-se, no momento de sua expressão, como produto da interação viva das forças sociais".

O dispositivo da Autoconfrontação Simples (ACS) representa a possibilidade de acompanhar uma releitura que o protagonista da atividade faz da prática de seu próprio trabalho, ou seja, o trabalhador confrontado ao seu próprio trabalho, com o objetivo de recuperar a palavra e a ação dos trabalhadores em seu momento mesmo de existência e, ao mesmo tempo, garantir-lhes um estatuto de atores transformadores de sua própria ação (Faïta, 2005, p. 28).

Esse dispositivo, desenvolvido pela Clínica da Atividade, é utilizado como produtor de materiais discursivos em uma determinada atividade profissional, mas as análises desses materiais mobilizam os estudos da linguagem na interface de outros campos de conhecimento humano, a saber:

1. ergonomia da atividade – estudo do trabalho entre o prescrito e o real (Wisner);
2. ergologia – estudo do trabalho com a renormalização dos conceitos prescritos que recolocam a prescrição no lugar do fazer possível (Schwartz, 2007);
3. Clínica da Atividade – o discurso em atividades humanas analisado na perspectiva dialógica (Clot e Faïta, 2000).

Especificamente, em nossa pesquisa, a ACS permitiu que o profissional fizesse uma leitura de seu trabalho e, ao final, reconhecesse o que chamou de “seus erros” e seus acertos. Não apenas isso, mas que visse também a complexidade da atividade e admitisse ser necessário mudar, reestruturar sua prática nos próximos eventos de interação com os outros sujeitos, os usuários do serviço de atenção. Em outras palavras, o profissional pode reconhecer que é necessário renormalizar a sua prática. Como no exemplo:

Eu acho que é... até mesmo falando sobre isso, você começa já a construir uma possível descoberta, né, para os próximos filmes, né? Mas isso é muito bom. Então, de fato, tem que ser revisto mesmo, essa questão.

Para isso, o profissional procede primeiro à leitura de um objeto textual (texto oral produzido no debate orientado) e, à medida que esse texto vai sendo mostrado, realiza a autoconfrontação, a retomada do vivido, do vivenciado por ele, em situações anteriores de seu trabalho ou posteriores, ou seja, o que esse profissional deverá fazer nas próximas oficinas (exemplo anterior), que funciona como contexto de uma atividade presente de produção discursiva (Faïta, 2005, p. 127).

Esse texto produzido nessa situação, segundo Faïta (2005, p. 123), "é apenas a imagem de um momento de uma história, de um processo complexo de onde recortamos um segmento". Tal situação foi vivida no momento do diálogo que ocorreu entre os sujeitos envolvidos, entre a condutora da oficina, os usuários e o pesquisador, mas nenhum outro momento, nem quando se assiste ao vídeo, nem quando analisamos os textos dali transcritos, será igual àquele vivido por esses mesmos sujeitos.

Constatamos também, por meio das marcas de subjetividade, tanto por parte dos usuários quanto do profissional, que elas têm relevância para nossa análise, pois é através delas que é possível definir em que nível de sua inscrição de sujeito enunciador está falando determinado ator social (Faïta, 2005, p. 34).

A condutora da oficina marca, na maioria das vezes, os participantes como pacientes e/ou usuários e, a partir desse lugar, tece as suas considerações. É nessa correlação de psicóloga com seus pacientes que ela faz a sua auto-avaliação. Desse modo, na primeira parte da ACS (turno 1 ao 23) faz uma análise crítica de sua atuação como mediadora do debate, da atitude que teve em relação à sua condução enquanto os demais participantes se limitavam a respondê-la.

Na segunda parte (turno 24 a 48), a condutora da oficina também analisa a parte do evento da oficina de vídeo dizendo ser "menos ruim", o que é verificado nas respostas mais longas de alguns dos pacientes, como por exemplo, as respostas de Antônio e Beto. Segundo ela, as respostas de ambos os pacientes estavam mais elaboradas, mas avalia que suas colocações foram um pouco precipitadas e que ela atropela as respostas dadas por eles.

Talvez, nesse momento, ela esteja querendo mostrar a análise que fez do

filme aos pacientes, pois como é uma psicóloga, ela traz os valores da psicologia e do saber fazer da psicologia para a prática da condução da oficina.

na nossa forma de olhar os filmes, de olhar a situação e... acaba atropelando... antecipando respostas, a-tro-pe-lan-do a fala do... do... usuário

Essas marcas revelam, muito provavelmente, a existência de um não-dito, como naquele exemplo, no qual sente-se surpresa com a resposta dos usuários em relação a "amar é sofrer" e que não fala nada sobre a sua opinião.

Na terceira parte (turnos 49 a 50), a condutora da oficina consegue fazer comentários durante a exibição das cenas sobre dois dos pacientes, e assinala, ela mesma, um evento discursivo ao sobrepor a sua interpretação: “*Você vê que, às vezes, que você induz mesmo...*” para o evento da pergunta e da resposta abaixo:

53. A condutora da oficina - *E aí ele correu atrás e co...*

54. Paciente Daniela - *...e conseguiu.* ((completando a fala da condutora do debate))

A interpretação da condutora é que ela induziu à resposta da usuária e sua conclusão do evento é que poderia ter esperado (deixado) que a paciente chegasse a uma resposta por si mesma. O comentário feito ao tempo em que assiste à imagem permite uma auto-avaliação direcionada pela atividade realizada e não nas expectativas do que se deveria fazer. Nesse sentido a condutora reflete:

Mas eu acho que eu, às vezes, interfiro demais.

Esses eventos discursivos da ACS nos ajudam a atentar para a relação existente entre os enunciados apresentada tal como propõe Bakhtin (2003, p. 329) ao considerar que “a relação com os enunciados dos outros não pode ser separada da relação com o objeto (porque sobre ele discutem, sobre ele concordam, nele as pessoas se tocam) nem da relação com o próprio falante. Trata-se de uma tríade viva”.

Finalmente, na última parte da ACS (turnos 51 a 70), verifica-se nas palavras da condutora da oficina, que houve, por parte dos pacientes, de um modo geral, uma boa participação no debate. A apreciação feita por ela, embora reconhecendo que

Antônio e Beto participaram “verbalmente” mais do que Cláudio e Daniela, não apaga a participação de Cláudio e Daniela, que é reconhecida e valorizada.

Encerra a ACS com um olhar crítico e reconhece que seu trabalho deve ser revisto:

Então, de fato, tem que ser revisto mesmo, essa questão.

A ACS parece responder a uma necessidade de momentos de reflexão na qual os espaços terapêuticos privilegiados de socialização e construção de discurso, tais como a oficina de vídeo, instituem na prática do modelo psicossocial. Essa necessidade foi apontada por Oliveira et al (2006) ao afirmarem que:

uma vez que inúmeros aspectos verbais e não-verbais estão presentes no processo de diagnóstico, também é necessário estudar como esses elementos se assomam para a materialização da atividade profissional da equipe, levando à construção de um objeto de trabalho que possibilite um plano de intervenção exeqüível.

Desse modo, ao finalizar esse capítulo, pensamos que as nossas análises contribuem para esclarecer uma pequena parte do papel de uma atividade prescrita como psicossocial e realizada nos limites desse modelo.

No capítulo seguinte, retomamos as questões norteadoras e os objetivos de pesquisa, discutimos as correlações com os nossos achados e comentamos também acerca de limites e perspectivas desse estudo.

CONCLUSÃO

Apresentamos, nessa dissertação, uma pesquisa que, em linhas gerais, trata do trabalho dos profissionais da saúde na esfera da saúde mental. O contexto encontrado foi o da implantação de propostas da reforma psiquiátrica na situação real da assistência no Sistema Único de Saúde brasileiro.

Abordagens recentes sobre os desafios colocados para o modo psicossocial de atenção em saúde mental assinalam a necessidade de uma reflexão para além dos limites do campo da saúde, buscando dimensões até então inexistentes no antigo modelo hospitalocêntrico. Por um lado, toda a sociedade é chamada a rever os seus valores e a participar do processo de mudança, o que Amarante (apud Oliveira et al, 2006) compreende como "um *processo social complexo*, que mobiliza os sujeitos envolvidos como atores sociais indispensáveis à própria construção do novo sistema". Por outro lado, diversas profissões e campos do conhecimento também são convocados a um diálogo profundo e a uma atitude responsiva ativa perante a proposta de atenção psicossocial, nesse sentido "(...) a Medicina, a Psicologia, o Serviço Social, a Lingüística Aplicada e outros 'campos de saberes' se integram na busca de ações coletivas em saúde mental, compromissadas com a desconstrução do modelo manicomial excludente das práticas psiquiátricas" (Oliveira, Moura Vieira & Andrade, 2006, p. 61).

Atendendo a esse chamado, construímos a nossa contribuição do ponto de vista dos estudos da linguagem, focalizando as práticas discursivas do modelo biopsicossocial. Mais especificamente, observamos a atividade da oficina terapêutica de vídeo em um centro de atenção psicossocial do interior do Estado de Mato Grosso. Desse modo, para que compreendêssemos o trabalho da saúde mental, optamos pela perspectiva dialógica bakhtiniana. Na prática do trabalho de pesquisa, tal opção se materializa, segundo Brait (2003) "pela análise das especificidades discursivas constitutivas de situações em que a linguagem e determinadas atividades se interpenetram e se interdefinem, como é o caso, por exemplo, dos contextos de trabalho" e, especificamente, no caso desse estudo, do que se constituiu no espaço do trabalho realizado, como as oficinas de vídeo do CAPS BB.

O nosso objetivo geral de verificar, na prática, como se dá a correlação entre os prescritos e o realizado, observando, descrevendo e analisando como acontece o

ajuste entre aquilo que se idealiza como trabalho a ser feito e aquilo que efetivamente se realiza, mostrou uma correlação entre concepção e realização muito complexa que se desenvolve na tensão entre o projeto biopsicossocial e uma prática mista, biomédica e biopsicossocial. A nossa pesquisa de campo mostrou a riqueza dialógica dos planos enunciativo-discursivos desenvolvidos entre a concepção prescrita do que deveria ser a situação de oficina terapêutica expressiva e a atividade mesma das oficinas.

Quanto aos nossos objetivos específicos, também se mostraram possíveis de realização. Analisamos dialogicamente a situação de trabalho de um profissional da área de saúde mental, no nosso caso, um psicólogo, no papel de porta voz da equipe de Saúde Mental, na atividade específica de condução da oficina de vídeo. Descrevemos as dimensões de uma “atividade linguageira da saúde mental” ao tempo em que caracterizamos um gênero que lhe era correspondente: o gênero oficina de vídeo do CAPS BB. Por fim, constatamos a função da oficina de vídeo como possível de ser renormalizada (atualizada na prática), a partir da prescrição das oficinas terapêuticas (Brasil, 2004). Na prática da situação de trabalho no CAPS BB, a Oficina de Vídeo mostrou-se como uma das formas importantes e regulares de cuidado psicossocial desenvolvidas.

Passamos a comentar mais detidamente os três aspectos apontados acima: a atividade discursiva, o perfil do profissional e a atividade de oficina de vídeo.

Quanto aos discursos que circularam na atividade linguageira, pudemos verificar que até mesmo as palavras que circulam nessa esfera de atividade humana direcionadas ao novo modelo denotam outros sentidos. Um universo de significações novas, tentando acompanhar uma nova dimensão das palavras, pois são elas que carregam toda a carga semântica própria para se inserir no modo de atenção psicossocial que identifica uma esfera de atividade proposta e suas características em formação.

Na tabela a seguir, comparamos algumas palavras que marcam, segundo Foucault (2005 e 2006), o universo da loucura, e que, do ponto de vista organizativo, são características de antes da Reforma Psiquiátrica (representam o modelo biomédico), e outras que se inserem na nova concepção apresentada por Rotelli (1990) e colaboradores, o contexto pós-reforma.

QUADRO 14 - Palavras e expressões de modelos de atenção em SM

Modelo biomédico	Modelo biopsicossocial
1. Loucura, doença mental.	Saúde mental, sofrimento mental, transtorno mental.
2. Alienado, histérico, idiotia, anomalia, indivíduo furioso, louco.	Paciente, usuário, portador de transtorno mental, pessoa em sofrimento mental.
3. Poder, disciplina, interdição, internamento.	Diálogo, projeto terapêutico, rede de atenção, discurso, ditos e não-ditos, relação terapêutica.
4. Espaço asilar, hospício, manicômio, hospital psiquiátrico, casas de saúde.	CAPS, NAPS, residências terapêuticas, espaço de convívio, oficinas terapêuticas.
5. Médico psiquiatra, vigilantes, serventes.	Terapeuta referência, cuidadores, equipe de saúde mental.
6. Periculosidade, surto.	Sofrimento mental.

Elaboramos este quadro a partir dos nossos resultados de pesquisa para demarcar que, embora semanticamente e ideologicamente representem campos de valores bem distintos, nos diálogos da atividade que observamos no CAPS BB, palavras de ambas as colunas foram colocadas lado a lado. Tal fato indica uma interpenetração de ideologias, para a qual não podemos traçar as devidas correlações de força e oposição, uma vez que esta não foi uma das propostas desse estudo, mas um dos seus limites. Entretanto, podemos inferir que, na prática, as palavras de um campo são tomadas como palavras do outro campo e não se lhes atribui um sentido contraditório.

No entanto, lembramos que, como afirmam Oliveira, Moura Vieira & Andrade (2006, p. 57), para que ocorra uma ruptura com os antigos parâmetros, é necessário, por parte de todos os envolvidos “uma capacidade crítica mobilizada para reinventar formas de cuidado dignas, que atendam às necessidades da pessoa em sofrimento e, ao mesmo tempo, concretizem esta nova atitude técnico - política e organizacional de atenção”.

Passamos, então, para a questão do profissional de saúde mental. Vamos

comentar as suas características e perfil de atividade como uma postura enunciativa que amplia a nossa possibilidade de ver a sua inscrição como sujeito enunciador no campo dos sentidos. O profissional investigado mostrou-se comprometido com o serviço, com o cuidado em saúde mental e procurou aliar-se com o objetivo prioritário desses novos centros de atenção que é o de promover a inclusão de todos aqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais (Brasil, 2004).

Na observação participante no CAPS BB, verificamos que, apesar de muitas ações desenvolvidas seguirem o modelo clínico biomédico, outras tantas assumem a dimensão mais voltada ao biopsicossocial. Por exemplo, a consulta médica e o diagnóstico da patologia dão o norte da atenção, mas esta é, inclusive, uma tonalidade imposta pelo modelo oficial prescritivo que, para financiar o CAPS, exige um diagnóstico baseado na patologia de diagnóstico médico (CID 10). Ou seja, o modelo impõe contradições à ação do profissional que as gerencia na sua prática cotidiana.

Entretanto, percebemos um empenho por parte dos profissionais do CAPS estudado em fazer com que o trabalho seja realizado segundo os princípios da atenção psicossocial. Por exemplo, embora haja uma indicação para que os pacientes da vertente do conflito (neurose) sejam os mais adequados para participar da oficina expressiva, na prática, abre-se a participação na oficina ao usuário que, no momento, puder reconhecer minimamente e se engajar nesse gênero. Na atividade, o profissional renormaliza que a participação do usuário fique aberta (modelo psicossocial) e que não seja impedida pelo diagnóstico escrito no CID-10 (modelo biomédico). Desse modo, mesmo se se derem conta, "é necessário considerar que o objetivo de incrementar a autonomia da pessoa em sofrimento mental demandará ações em diferentes níveis e setores, muito além daquelas circunscritas à clínica tradicional" (Oliveira, Moura Vieira & Andrade, 2006, p. 45). Desse modo, os protagonistas da atividade buscam construir um projeto terapêutico que se enquadre nesse novo modelo de atenção em saúde mental.

Nossa observação do real da atividade da equipe como um todo pode dizer mais, ou seja, mesmo sofrendo limitações impostas por gestores e outras instâncias quanto a manter-se no campo biomédico, essa equipe demonstra carinho e cuidado com os pacientes que procuram esse atendimento.

Lembramos que o profissional que faz a oficina e todos os outros que integram a equipe de saúde mental do CAPS analisado se inserem num contexto

descrito por Rotelli (1990, p. 31) como sendo:

os principais atores do processo de desinstitucionalização são antes de tudo os técnicos que trabalham no interior das instituições, os quais transformam a organização, as relações e as regras do jogo exercitando ativamente o seu papel terapêutico de psiquiatras, enfermeiros, psicólogos etc... Sobre esta base também os pacientes se tornam atores e a relação terapêutica torna-se uma fonte de poder que é utilizada também para chamar à responsabilidade e ao poder os outros atores institucionais, próximos ou não, os administradores locais responsáveis pela saúde mental, os técnicos das estruturas sanitárias locais, os políticos etc.

Em campo, pudemos ouvir depoimentos de usuários e familiares desses por meio de relatos sobre a dedicação, o comprometimento e a atenção dispensada por esses profissionais. Muitos usuários acreditam que tiveram uma melhora significativa em suas vidas, recuperando laços familiares e de amizade desde que iniciaram o tratamento. Tal fato coaduna com Oliveira, Moura Vieira & Andrade (2006) no que se refere ao que se espera do cuidado dispensado pelos profissionais envolvidos no âmbito da promoção da saúde: “implica envolver-se num processo de responsabilização junto à comunidade e a todos os profissionais da área de saúde (mental) indissociável das condições sócio-históricas de uma determinada comunidade” (id., p. 59).

Enfim, esse é o perfil dos protagonistas da atividade de saúde mental que se encontram nos CAPS, fazendo com que o movimento de reformas, de fazer e refazer continue numa renormalização sempre viva do trabalho, do prescrito ao realizado.

Passamos a fazer alguns comentários quanto à atividade de saúde mental propriamente dita e a atividade das oficinas. O que se constata, segundo o Ministério da Saúde (2004), em relação aos CAPS, é que estes centros de atenção em saúde mental, vêm se tornando efetivos na substituição do modelo hospitalocêntrico com o objetivo de diminuir a lacuna assistencial existente no cuidado aos pacientes com sofrimento mental.

Em relação à atividade desenvolvida pelos profissionais que se encontram nesses centros, ressaltamos que é uma atividade complexa que implica em relações dialógicas profundas e mobilização de gêneros da atividade e do discurso. Segundo Faïta (2005, p. 114), uma atividade profissional humana, com toda a sua complexidade, antagonismos, diferentes protagonistas, discursos, projetos e

expectativas:

é então o contrário da concretização, no sentido da realização última. É de fato a abertura de um 'mundo de possibilidades', ofertada ao outro cuja atividade própria vai dispor os elementos do seu trabalho específico, sob a mediação dos hábitos, dos modos de fazer, dos 'pré-construídos sociais' que o grupo, o coletivo, interpõe, nesse momento, entre os sujeitos.

Desse modo, os gêneros aí instituídos estão sempre em desenvolvimento. Nos novos serviços, pela própria exigência contextual de estarem marcando um recomeço, as zonas de transição são muito maiores do que as faixas estabilizadas e permitem uma maior mobilização de gêneros. Cada época detém e oferece seus recursos prescritos, mas num momento de renovação, o coletivo se ressentido de caminhos estáveis. Segundo Moura Vieira (2002, p. 269):

os limites de uma época não são aqueles do progresso tecnológico, mas os limites dos gêneros disponíveis para que as pessoas se reconheçam em relação a vida social, para que reatualizem os espaços concretos em que podem desenvolver suas atividades, seus diálogos, seus projetos discursivos que ao final são os projetos do nós coletivo que recriamos em nós mesmos, cada qual com seu estilo singular de mobilizar o diálogo interior com os outros que atualizam as formações ideológicas nos quais nos reconhecemos.

No contexto da reforma psiquiátrica, na passagem para a prática da ação psicossocial, há muita incerteza, pouca estabilidade, mas há também muitas possibilidades de realização de modos novos do fazer. Em nosso capítulo de análise propusemos ver a *oficina de vídeo* como um gênero em formação. Desse modo, na circulação de gêneros, nessa esfera de conhecimento humano que é a Saúde Mental, sinalizamos para a visualização da *oficina de vídeo* como um gênero discursivo possível, pois apresenta um *tema* desenvolvido, uma *construção composicional* e um *estilo* específico de tratamento desse tema (Bakhtin, 2003).

Por fim, queremos ressaltar os aportes do nosso dispositivo reflexivo. Pudemos apreender, na nossa análise dos materiais, que o profissional da saúde mental, por nós investigado, pode utilizar-se do dispositivo de Autoconfrontação Simples para refletir sobre a sua própria atividade e, a partir daí, desenvolver sentidos que podem resultar em modificações da sua prática.

Concordamos com Faïta (2005, p. 08) que se deve compreender a atividade e

refletir sobre ela e que a pesquisa, além de possibilitar ao profissional um espaço reflexivo para a sua prática profissional, é, nela mesma, o resultado de uma prática reflexiva sobre o campo da atividade estudado.

Finalmente, a conclusão a que chegamos após percorrermos todas as etapas pertinentes a uma pesquisa, por meio de um olhar dialógico, é que os profissionais envolvidos nesse novo modelo de atenção transformam as relações através de mudanças simples no trabalho terapêutico, construindo, a cada dia, o modelo psicossocial no embate com o biomédico, buscando melhorar, tanto quanto possível, as condições de vida da pessoa em sofrimento psíquico.

São possibilidades de reflexão e atitudes concretas que observarmos na organização do trabalho terapêutico que surgiram nesse novo modelo de atenção e cuidado em Saúde Mental nesse percurso de 30 anos⁴³. Apenas um início de caminhada, se pensarmos em relação ao modelo biomédico que perdurou por séculos na história da humanidade. Pequenos passos que são dados, às vezes, com coragem; outras, com medo, às vezes, com segurança; outras, sem certeza alguma, mas são passos necessários que já traçaram um caminho que, no momento, precisa ser consolidado.

⁴³ A reforma psiquiátrica (Lei 180) foi votada por todos os partidos e aprovada pelo parlamento italiano em maio de 1978. (Rotelli, 1990, p. 48). Em maio de 2008 completará 30 anos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABC do amor. Título original em inglês "Little Manhattan". Direção: Mark Levin. Produção: Fox Film. Intérpretes: Josh Hutcherson, Charlie Ray, Bradley Whitford, Cynthia Nixon, Willie Garson, Tonye Patano, J. Kyle Manzay, Josh Pais. Los Angeles: Warner Brothers, 2005. 1 DVD (84 min.), widescreen, color. Produzido por 20th Century Fox Film Corporation /Warner Bros.

ALKMIM, T. M. Sociolinguística - Parte I. In: MUSSALIM, F. & BENTES, A.C. (orgs.) *Introdução à lingüística: domínios e fronteiras*, v.1, 5.ed. – São Paulo: Cortez, 2005, pp. 21-47.

ALMEIDA, N. M. C. de. Contribuições à tematização das oficinas nos Centros de Atenção Psiossocial. In: COSTA, C. M. & FIGUEIREDO, A. C. (orgs.). *Oficinas terapêuticas em saúde mental*. 1 ed. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004, v. 1, p. 167-172.

AMARANTE, P. O Planejamento na Desconstrução do Aparato Manicomial. In: Gallo, Edmundo. *Planejamento criativo: novos desafios teóricos em políticas de saúde*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992. p. 139-153.

_____. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.) *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.

AULETE, Caldas. *Dicionário Contemporâneo da Língua Portuguesa*. Aulete Digital. Lexikon Editora Digital, 2004. Disponível em: <<http://www.auletedigital.com.br/auletedigital/>>. Acesso em: 14 dez. 2007.

BAKHTIN, M. (1929) *Marxismo e filosofia da linguagem*. Trad. M. Lahud e Yara F. Vieira. São Paulo: Hucitec, 2006.

_____. (1979) *Estética da criação verbal*. 4.ed. Trad. Paulo Bezerra. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

BENDER, C. Bakhtinian perspectives in every day life sociology. In: BELL, M.M. & GARDNER, M. *Bakhtine and the Human Sciences*. London: Sage Publications, 1998. p. 181 – 195.

BENVENISTE, E. *Problemas de lingüística geral I*. 4. ed. Campinas: Pontes/Editora da Unicamp, 1995.

BOAS, F. *Introduction to the handbook of American Indian language*. Washington, D.C., Georgetown University Press, 1911.

BRAIT, B. *Considerações de Bakhtin e de seu círculo para a análise do discurso*. Cuiabá: Mimeo. 2003.

BRAIT, B. Estilo. In: BRAIT, B. (org.). *Bakhtin: conceitos-chave*. 2. Ed. São Paulo: Contexto, 2005.

BRAIT, B. Enunciado concreto. In: BRAIT, B. (org.). *Bakhtin: conceitos-chave*. 2. Ed. São Paulo: Contexto, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMACHO, R.G. Sociolinguística – Parte II. In: MUSSALIM, F. & BENTES, A.C. (orgs.) *Introdução à lingüística: domínios e fronteiras*, v.1, 5.ed. São Paulo: Cortez, 2005, pp. 49 -75.

CAVALCANTI, M.C. A propósito da lingüística aplicada. In: *Trabalhos em Lingüística Aplicada*. UNICAMP, n. 7, p. 5 - 12, 1986.

CELANI, M.A.A. A relevância da lingüística aplicada na formulação de uma política educacional brasileira. In: FORTKAMP, M. B. M.; TOMITCH, L.M.B. (Org.) *Aspectos de lingüística aplicada: Estudos em homenagem ao professor Hilário Inácio Bohn*. Florianópolis: Insular, 2000.

CLOT, Y.; FAÏTA, D. Genre et style en analyse du travail, concepts et méthodes. In: *Travailler*, n. 4, p. 7- 42, 2000.

FAÏTA, D. Análise das práticas languageiras e situações de trabalho: uma renovação metodológica imposta pelo objeto. In: SOUZA-e-SILVA, Maria Cecília Pérez; FAÏTA, Daniel (org). *Linguagem e trabalho: construção de objetos de análise no Brasil e na França*. São Paulo: Cortez, 2002. p. 45-60.

_____. *Análise dialógica da Atividade Profissional*. (Tradução e Apresentação de França, Di Fanti e Moura-Vieira). Rio de Janeiro: Ed. Imprinta Express, 2005.

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

FAÏTA, D. & MOURA VIEIRA, M.A. *Quando os outros olham outros de si mesmo: reflexões metodológicas sobre a autoconfrontação cruzada*. Polifonia, Cuiabá-MT, v. 07, n. 01, p. 27-65, 2003.

DI FANTI, M. G. C. ; FRANÇA, M. B. ; VIEIRA, M. A. M. Análise dialógica da atividade profissional: contribuições teórico-metodológicas para os estudos sobre Linguagem /

Trabalho. In: Maria da Glória Corrêa DI FANTI; Maristela Botelho FRANÇA; Marcos Moura VIEIRA. (Org.). *Análise dialógica da atividade profissional* - DANIEL FAÏTA. Rio de Janeiro: Imprinta Express Editora, 2005, p. 07-12.

FOUCAULT, M. *História da loucura: na Idade clássica*. Trad. José T. Coelho. São Paulo: Perspectiva, 2005.

_____. *O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974)*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FRANÇOIS, F. (dir.) *La communication inégale*. Neufchatel, Delachaux et Niestlé, 1990.

GOFFMAN, E. A Situação negligenciada. In: RIBEIRO, B. T. & GARCEZ, P. M. (orgs.) *Sociolinguística Interacional. Antropologia e Sociologia em Análise do discurso*. Porto Alegre, AGE, 1998, pp. 11-15.

_____. *Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

_____. Footing. In: RIBEIRO, B. T. & GARCEZ, P. M. (orgs.) *Sociolinguística Interacional: Antropologia e Sociologia em Análise do discurso*. Porto Alegre, AGE, 1998, pp. 70 - 97.

_____. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva, 2007.

GUMPERZ, J.J. Convenções de contextualização. In: RIBEIRO, B. T. & GARCEZ, P. M. (orgs.) *Sociolinguística Interacional: Antropologia e Sociologia em Análise do discurso*. Porto Alegre, AGE, 1998, pp. 98 - 119.

LABOV, W. The social motivation of a sound change. In: *Sociolinguistics patterns*. Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1963.

LEFFA, Vilson J. A lingüística aplicada e seu compromisso com a sociedade. In VI CONGRESSO BRASILEIRO DE LINGÜÍSTICA APLICADA. Belo Horizonte: UFMG, 7-11 de outubro de 2001.

MAINGUENEAU, D. *Genèses du discours*. Bruxelles: Pierre Mardaga, 1989.

MACHADO, Irene. Gêneros discursivos. In: BRAIT, B. (org.). *Bakhtin: conceitos-chave*. 2. Ed. São Paulo: Contexto, 2005, pp. 151-66.

MOURA VIEIRA, M. A. & COX, M. I. P. Um ensaio sobre os processos de figuração da face na interação médico-paciente com HIV/AIDS. *Revista Intercâmbio*, São Paulo, v. VIII, n. 1, p. 345-352, 1999.

MOURA VIEIRA, M. A. A esfera do trabalho clínico entre os gêneros da atividade e do discurso. In: *Revista Polifonia*, n.8, Cuiabá: Editora da UFMT, 2004.

_____. Autoconfrontação e análise da atividade. In: FIGUEIREDO, M. et al. (orgs). *Labirintos do Trabalho*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

_____. Autoconfrontação enunciativo-discursiva e análise do trabalho psiquiátrico. In: *Rev. Intercâmbio*. São Paulo. Educ., vol. XIII, 2004, p. 1–15.

MOURA VIEIRA, M. A. ; ANDRADE, S. M. R. & OLIVEIRA, A. B. O diagnóstico/reconhecimento do sofrimento mental: aspectos políticos, clínicos e epidemiológicos. In OLIVEIRA, A.G.B.; MOURA VIEIRA, M.A. & ANDRADE, S. M. R. *Saúde mental na saúde da família: subsídios para o trabalho assistencial*. São Paulo : Olho d'água, 2006. p. 23 a 42.

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.

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, 2005, 24 p.

MUNARI, D. B. & RODRIGUES, A. R. F. *Enfermagem e grupos*. Goiânia: AB Editora, 1997.

OLIVEIRA, A. G. B. et al. *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.; MOURA-VIEIRA, M. A. & ANDRADE, S. M. R. *Saúde mental na saúde da família: subsídios para o trabalho assistencial*. São Paulo: Olho d'água, 2006.

OLIVEIRA, A. G. B. & ALESSI, N. P. *Superando o manicômio? Desafios na construção da Reforma Psiquiátrica*. Cuiabá: EdUFMT, 2005.

PRATA, N. As oficinas e o ofício de cuidar. In: COSTA, C. M. & FIGUEIREDO, A. C. (orgs.) *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. 1 ed. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004, v. 1.

RIBEIRO, B. T. & GARCEZ, P. M. (orgs.) *Sociolinguística Interacional: Antropologia e Sociologia em Análise do discurso*. Porto Alegre, AGE, 1998.

RESENDE, H. *Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica, Cidadania e Loucura*. Petrópolis: Vozes, 1987, p. 36.

ROTELLI, F. et al. *Desinstitucionalização*. São Paulo, Hucitec, 1990.

SANT'ANNA, V. L. de A. *O trabalho em notícias sobre o Mercosul: Heterogeneidade enunciativa e noção de objetividade*. São Paulo: EDUC, 2004.

SAPIR, E. *A linguagem: Uma introdução ao estudo da fala*. 2. ed. Rio de Janeiro, Acadêmica, 1971. (Título original 1921)

SIBEMBERG, N. & SILVA, M.C. Notas de percurso inacabadas. In: TANNOUS, L. (org.) *Revista do caos mental centro: Do caos mental 8 ao caps mental centro - 10 anos - Ano 01 - # 01*, 2006.

SOUZA-E-SILVA, M.C. de. Quais as contribuições da lingüística aplicada para a análise do trabalho? In: FIGUEIREDO, M.A.; BRITO, J. & ALVAREZ, D. (orgs.) *Labirintos do Trabalho*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

SCHWARTZ, Y. *Le paradigme ergologique ou un métier de Philosophe*. Toulouse: Octares Éditions, 2000.

SCHWARTZ, Y. A dimensão coletiva do trabalho das entidades coletivas relativamente pertinentes. Texto com tradução preliminar Moura-Vieira, M.A. & Sampaio, C. (no prelo). Documento de trabalho, 2007.

SCHWARTZ, Y & FAÏTA, D. *L'homme producteur*. Paris: Editions Sociales, 1985.

TANNEN, D. & WALLAT, C. Enquadres interativos e esquemas de conhecimento em interação: exemplos de um exame/consulta médica. In: RIBEIRO, B. T. & GARCEZ, P. M. (orgs.) *Sociolingüística Interacional: Antropologia e Sociologia em Análise do discurso*. Porto Alegre, AGE, 1998, pp. 120-141.

TREVISAN, E. A transferência e os dispositivos terapêuticos em saúde mental: a proposta do cinema em debate na saúde mental. In: *Revista do caos mental centro: Do caos mental 8 ao caps mental centro - 10 anos - Ano 01 - # 01*, 2006.

TERZIAN, A. C. C.; MOURA-VIEIRA, M. A. & OLIVEIRA, A. B. *Treinamento para a coleta de dados quantitativos*. (Manual de treinamento do Praticaps). Cuiabá, impresso, 2006, 46 p.

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

WHORF, B. L. The relation of habitual thought and behavior to language, thought and reality. In: CARROL, J. B. (org) *Language, thought and reality: Selected writings of Benjamin Lee Whorf*. New York, Cambridge University Press, 1941.

YASUI, Sílvio. CAPS: aprendendo a perguntar. In: LANCETTI, A. et al. *Saúde e Loucura*. Nº 1. São Paulo: Hucitec, 1990.

Glossário¹

1. Acolhimento noturno: permanência do paciente no CAPS, para repouso ou observação, durante o período de até sete dias ininterruptos ou dez dias descontínuos em um período de 30 dias (Brasil, 2004).

2. Ambiente terapêutico: lugar onde a estrutura física das instalações, as relações entre as pessoas e as atividades realizadas ajudam no tratamento dos pacientes (Brasil, 2004).

3. CAPS: Centros de Atenção Psicossocial - é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (Brasil, 2004).

4. Dependência química: é a necessidade de continuar ingerindo substância psicoativa (álcool, drogas), em quantidades maiores e em doses mais fortes, visando evitar o aparecimento de mal estar físico e/ou psicológico (os chamados sintomas de abstinência: ansiedade, náuseas, vômitos, tremores, insônia e confusão mental).

5. Esquizofrenia: síndrome da vertente da desintegração psíquica que se caracteriza por alterações do comportamento e do pensamento, tais como isolamento social, isolamento emocional (autismo), ambivalência de idéias e crenças falsas que a pessoa acredita serem verdadeiras (delírios, por exemplo, de perseguição).

6. Depressão: também chamada Depressão Maior ou Transtorno Unipolar é caracterizada por humor deprimido na maior parte do dia e interesses ou prazer diminuídos por pelo menos duas semanas. Tem como características inapetência e perda de peso, insônia e/ou hipersônia, fadiga e perda de energia, capacidade de concentração diminuída, sensação de inutilidade e/ou culpa excessiva e inapropriada, pensamento recorrente de tristeza e morte. Possibilidade de tentar suicídio.

7. Inserção social: permanência das relações sociais do paciente e de garantia de equipamentos e atividades em diferentes esferas da vida (moradia, trabalho, lazer etc.), tanto quanto possível (Brasil, 2004).

8. Internação psiquiátrica: é a permanência diurna e noturna em hospital especializado com medicamentos para redução dos sintomas da doença e que muito freqüentemente não favorece a melhora do paciente por provocar o isolamento social e a perda de laços afetivos (Brasil, 2004).

9. Oficinas terapêuticas: são uma das principais formas de tratamento oferecido nos CAPS. Os CAPS têm, freqüentemente, mais de um tipo de oficina terapêutica. Essas oficinas são atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de

¹ Os termos clínicos psiquiátricos desse glossário foram elaborados a partir de MOURA VIEIRA et al (2006).

um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários. Elas realizam vários tipos de atividades que podem ser definidas através do interesse dos usuários, das possibilidades dos técnicos do serviço, das necessidades, tendo em vista a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania (Brasil, 2004).

10. Projeto terapêutico: cada usuário do CAPS deve ter um projeto terapêutico individual, isto é, 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).

11. Rede Básica de Saúde: se constitui 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. Esses profissionais e equipes são pessoas que estão próximas e que possuem a responsabilidade pela atenção à saúde da população daquele território (Brasil, 2004).

12. Reforma Psiquiátrica: consiste no progressivo deslocamento do centro do cuidado para fora do hospital, em direção à comunidade (Brasil, 2004).

13. SUS: Sistema Único de Saúde - instituído pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990 tem o horizonte do Estado democrático e de cidadania plena como determinantes de uma "saúde como direito de todos e dever de Estado", previsto na Constituição Federal de 1988. Esse sistema alicerça-se nos princípios de acesso universal, público e gratuito às ações e serviços de saúde; integralidade das ações, cuidando do indivíduo como um todo e não como um amontoado de partes; equidade, como o dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças; descentralização dos recursos de saúde, garantindo cuidado de boa qualidade o mais próximo dos usuários que dele necessitam; controle social exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores, organizações da sociedade civil e instituições formadoras (Brasil, 2004).

14. Terapeuta de Referência: ao iniciar o acompanhamento no CAPS se traça um projeto terapêutico com o usuário e, em geral, o profissional que o acolheu no serviço passará a ser uma referência para ele. Esse profissional poderá seguir sendo o que chamamos de Terapeuta de Referência (TR), mas não necessariamente, pois é preciso levar em conta que o vínculo que o usuário estabelece com o terapeuta é fundamental em seu processo de tratamento (Brasil, 2004).

15. Terapêutica(s): meio pelo qual se propõe um tratamento e/ou se oferece cuidado (Brasil, 2004).

16. Território: é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.). É essa noção de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados (Brasil, 2004).

17. Transtornos de Humor: também chamado Mania ou Transtorno Bipolar. Caracteriza-se por idéias de grandeza com humor expansivo e excessivo, persistente e irritável, durando pelo menos uma semana. Os episódios “maníacos” são intercalados com episódios depressivos (fadiga, insônia ou hipersonia, culpa ou tristeza intensa).

18. Tratamento medicamentoso: tratamento que é feito com remédios ou medicamentos (Brasil, 2004).

19. Visitas domiciliares: atendimento domiciliar realizado por um profissional de nível superior do CAPS, sempre que o serviço achar necessário (Brasil, 2004).

ANEXOS

ANEXO A _ Documentos do CAPS BB

Ficha de acolhimento

FICHA DE ACOLHIMENTO

Data:/...../.....
 Modal de tratam:.....
 CID 10:.....

Nome:

Data de nascimento:/...../..... Idade:..... Sexo:..... CNS:

RG:..... CPF:..... Religião:

Nome do cônjuge ou responsável:.....

Nome do pai:

Nome da mãe:

Endereço:..... Bairro:.....

Estado civil:..... Naturalidade:.....

Grau de escolaridade:..... Telefone:..... Empregado.....

Profissão:..... Local de trabalho:..... F:.....

()TM:..... ()DQ.....

Tratamento? Onde?

Medicamentos utilizados:

.....

Observações:.....

.....

Responsável pelo acolhimento:.....

Relatório mensal – procedimentos da média complexidade

RELATÓRIO MENSAL – PROCEDIMENTOS DA MÉDIA COMPLEXIDADE

CAPS – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

MÊS E ANO: _____ / _____ RESPONSÁVEL: _____

GRUPO: 07 SUBGRUPO: 02 - PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

CÓDIGO	DISCRIMINAÇÃO/ATIVIDADE	DIAS DO MÊS (dias úteis)											
0702101-1	Atividade educativa em assistência especializada e de alta complexidade												
	Subsequente – Tipo de profissional												
01	Enfermeira												
02	Assistente Social												
15	Medicina interclínica/clínica geral												
62	Psicóloga												
0702103-8	Consulta/atendimento em assistência especializada e de alta complexidade												
	Subsequente – Tipo de profissional												
01	Enfermeira												
02	Assistente Social												
62	Psicóloga												
0702104-6	Aplicação de teste para psicodiagnóstico												
0702105-4	Terapias em Grupo												
	Subsequente – Tipo de profissional												
02	Assistente Social												
62	Psicóloga												
0702106-2	Terapias individuais												
	Subsequente – Tipo de profissional												
02	Assistente Social												
62	Psicóloga												
0702107-0	Visita domiciliar para consulta/ atendimento em assistência especializada												

	Subsequente - Tipo de profissional																			
01	Enfermeira																			
02	Assistente Social																			
62	Psicólogo																			
703102-5	Administração de medicamentos por paciente																			
01	Enfermeira																			
99	Auxiliar de enfermagem																			

Obs: fazer o relatório do dia 20 de um mês até o dia 20 do próximo mês e entregar na secretaria de saúde no máximo dia 25 para Jucélia - CPD

Sistema de informação mensal



Superintendência de Atenção Integral à Saúde
 Coordenadoria de Ações Programáticas
cap-sai@saude.mt.gov.br

SISTEMA DE INFORMAÇÃO MENSAL SAÚDE MENTAL - CAPS

E.R. Saúde: _____ Município: _____
 Unidade de Saúde: _____ Mês / Ano: _____

Afundimento	Quantidade / Faixa-etária / Sexo																				
	≤ 5 anos		10 - 15		16 - 20		21 - 25		26 - 30		31 - 35		36 - 40		41 - 45		46 - 50		> 50		TOTAL
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Inscritos no Programa																					
a) Injetivos																					
b) Sem: Injetivos																					
c) Não Injetivos																					
Motivo de Tratamento																					
a) álcool (F10)																					
b) álcool e outras drogas (F11 + F11.1 a F15)																					
c) outras drogas (F11.2 a F1.9)																					
d) Transtornos Mentais																					
1. Epilepsias																					
2. Esquizofrenia (F20 a F29)																					
3. Transtornos de Humor (F30 a F39)																					
4. Transtornos Nerviosos (F40 - F49)																					
5. Outros																					

cap-saia@saude.mt.gov.br

Atendimento	Quantidade / Faixa-etária / Sexo																		TOTAL		
	< 9 anos		10 - 14		15 - 20		21 - 25		26 - 30		31 - 35		36 - 40		41 - 45		46 - 50			> 50	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		M	F
<i>Encaminhamentos/ Transferências</i>																					
f) Hospitais:																					
1. Especialidade																					
2. Geral																					
b) Outros Serviços																					
<i>Atas:</i>																					
a) melioidose (surta)																					
b) sífilis																					
c) cólera																					
<i>Número de Pacientes Iniciais:</i>																					
a) N.º iniciais novos																					
a) N.º subseqüentes																					
c) N.º egresos hospitalares																					
<i>Atividades:</i>																					
N.º de acolhimento						N.º de oficinas terapêuticas:						N.º de unidades externas ou comunidade:									
N.º de visitas domiciliares						Nível Superior						N.º de famílias atendidas:									
						Nível Médio															
Observação:																					
Data / Local:												Responsável:									

Contrato de tratamento

CONTRATO DE TRATAMENTO

O presente documento destina-se às responsabilidades dos usuários, familiares e/ou responsáveis no cumprimento das normas de funcionamento do CAPS.

Eu, _____, me comprometo a frequentar o tratamento no CAPS, na modalidade de atendimento _____, conforme necessidade e receber alta de acordo com a avaliação da equipe técnica, devendo cumprir as seguintes normas:

1. Participar das atividades propostas pelo tratamento. Não será permitido ficar fora da sala durante o trabalho. Não é permitidos o uso de celulares, som, discman, walkman, apito e similares nas reuniões de grupo.
2. Comparecer no horário estabelecido: _____.
3. Se necessário faltar, justificar com antecedência ou de imediato. Fica estabelecido que o usuário que apresentar 2 (duas) faltas consecutivas ou 4 (quatro) faltas intercaladas em um período de 30 (trinta) dias, sem justificativa, acarretará em revisão do contrato de tratamento pela equipe técnica e/ou desligamento do tratamento.
4. O usuário encaminhado por instituição, que o tenha sob sua responsabilidade, se comprometerá no engajamento do usuário e conseqüentemente frequência deste ao tratamento.
5. Não comparecer ao tratamento sob o efeito de drogas e/ou álcool e nem portar estas substâncias no interior do CAPS.
6. Familiares deverão comparecer às atividades sempre que solicitados. Não é permitida a entrada de crianças nas reuniões ou nos atendimentos individuais.
7. Respeitar as decisões determinadas pela equipe. Todas as revelações feitas em grupo deverão manter-se em sigilo.
8. Quaisquer eventualidade ou dúvidas poderá ser sanada por qualquer membro da equipe técnica disponível no momento.
9. O familiar ou responsável compromete-se a deixar e buscar seu usuário no CAPS caso o mesmo necessite de acompanhamento. Não será feito o transporte daqueles usuários autônomos e aqueles autorizados pelos familiares a locomoverem-se sozinhos.
10. A responsabilidade pelo cumprimento e observação destes termos fica a cargo da equipe do CAPS.
11. Os abaixo assinados comprometem-se a cumprir as normas estabelecidas no presente documento, contando a partir da data de assinatura.

Usuário

Familiar

Responsável Técnico

Avaliação psicológica – depressão

CAPS – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA – DEPRESSÃO

DATA:/...../.....

I – IDENTIFICAÇÃO

Nome:.....
Data de Nasc:..... Idade..... Sexo:.....

II – FAMÍLIA

() Possui e tem contato
() Tem filhos
() Qual é a participação da sua família no seu tratamento.....

III – ATIVIDADES OCUPACIONAIS

() Estuda
() Trabalha: Função exercida.....
() Atividades manuais.....

IV – INGERE BEBIDAS ALCÓOLICAS E USO DE TABACO

.....
.....

V – ASPECTO CLÍNICO

Início dos sintomas.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

VII – DOENÇA CLÍNICA (exames realizados, EEG, Tomografia...)

.....
.....
.....
.....

IX – MEDICAMENTOS UTILIZADOS

.....
.....
.....

VIII – DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO E PSICOLÓGICO

.....
.....
.....

Avaliação clínica**CAPS- CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL,
AVALIAÇÃO CLÍNICA**

Nome: _____ Data: ____/____/____
 Data de Nascimento: ____/____/____ Idade _____ Sexo: _____

OBSERVAÇÃO CLÍNICA

Q.P: _____
 HD.A _____

Aspectos pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

EXAME FÍSICO

P.A _____ P: _____ bpm T: _____ °C Peso _____ Kg

Geral: _____

Torax: _____

Abdômen: _____

Extremidades: _____

PARECER TÉCNICO:

Médico Responsável

Exame do estado mental

EXAME DO ESTADO MENTAL

Data:/...../.....

Usuário: Idade:

1. ATENÇÃO: vigilância

Alterações: () hipovigil () hipervigil

Observações:

.....

.....

2. SENSO PERCEPCÃO: avaliação do mundo externo e interno

Alterações:

() Qualitativas (distorções): () ilusão – percepção deficiente ou aumentada

() alucinação – percepção sem objeto

() Quantitativa: percepções deficiente ou aumentada

Observações:

.....

.....

3. MEMÓRIA: () fixação, () retenção, () evocação, () reconhecimento.

Observações:

.....

.....

4. ORIENTAÇÃO: relação quanto espaço e tempo

Alterações: () alopsíquico () autopsíquico

Observações:

.....

.....

5. CONSCIÊNCIA: Clareza, capacidade de percepção e conhecimento.

Alterações: () obnubilado, () confusão, () estupor

Observações:

.....

.....

6. PENSAMENTO: Associação de idéias de modo coerente, formação de novas idéias, dedução.

Alterações:

() natureza – () mágico, () artístico

() curso – () lento, () acelerado, () bloqueio, () fuga, () desagregação

() conteúdo – () idéias delirantes

Observações:

.....

.....

Ficha de triagem

CAPS – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL FICHA DE TRIAGEM

DATA:/...../.....
 Modal. de trat.:
 CID 10:

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:
 Data de nascimento:/...../..... Idade: Sexo:

2 – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO ECONÔMICA

2.1 – FAMÍLIA

- possui e tem contato. Reside com
- possui e não tem contato
- não possui. Reside com
- não sabe informar

2.2 – ATIVIDADES OCUPACIONAIS

- estuda.....
- trabalha.....
- já trabalhou anteriormente.....
- Quem colabora com a renda?

2.3 – RENDA FAMILIAR:

3.0 – AUTOGESTÃO E CUIDADOS PESSOAIS

- satisfatória, cuida de si adequadamente
- satisfatória, porém os auto-cuidados são incompletos
- insatisfatória, necessita de freqüente supervisão
- muito insatisfatória, necessita de supervisão permanente

4.0 – INTERESSE EM PARTICIPAR DO PROGRAMA

- família e candidato interessado e disponível
- candidato interessado
- família interessada e disponível e candidato não interessado
- candidato e família pouco interessada ou disponível
- família:

5.0 – EXPECTATIVA DO INFORMANTE NO TRATAMENTO

- reintegração na família e na sociedade (recuperação integral)
- que apresenta uma melhora significativa
- outros:

6.0 – USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**Alcool:**

- () nunca fez.
 () faz. Frequência:
 () fazia, mas informa ter parado há

Cigarro:

- () nunca fez.
 () faz. Frequência:
 () fazia, mas informa ter parado há

Outras drogas:

- () nunca fez.
 () faz. Frequência:
 () fazia, mas informa ter parado há

7.0 – INDÍCIOS DE RETARDO MENTAL

- () indícios
 () notório baixo rendimento escolar.
 () história de início da doença desde a primeira infância.
 () feições síndrômico (desproporção da face, baixa implantação de orelhas, olhos que lembram os das orientais, língua aumentada de volume).
 () não apresenta.

8.0 – CRISE CONVULSIVAS

- () nunca teve
 () apenas na infância
 () apresenta. Frequência:
 () já apresentou. Frequência:

9.0 – SINAIS E SINTOMAS MENTAIS, PASSADOS OU ATUAIS

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| () euforia | () falando em excesso |
| () gastos excessivos | () raciocínio lentificado |
| () idéias persecutórias | () raciocínio rápido |
| () alteração de apetite + () - () | () inibição motora |
| () idéias obsessivas | () queixas físicas |
| () audição de vozes | () tentativas de suicídio |
| () visões | () Pensamento suicida |
| () irritabilidade | () insônia |
| () tiques/estereotípias | () fala sozinho |
| () calado o tempo todo | () isolamento social |
| () agressividade física | () idéias delirantes |
| () agressividade verbal | () Ansiedade |
| () discurso desconexo | () condutas inadequadas |
| () Medos | () angústia |
| () choro | () desânimo |
| () libido +() - () | () sono em excesso |

10.0 – ASPECTOS CLÍNICOS – SAÚDE MENTAL

- 1ª crise:
 Número de internações: e local:
 Duração da última internação:

ANEXO B _ Material do projeto PRATCAPS

	<p>PRATICAPS-MT CNPq: 554534/2015-3</p> <p>Análise da efetividade das práticas terapêuticas dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Mato Grosso</p>	<p>NESM UFMG Núcleo de Estudos em Saúde Mental</p>
<p>Termo de consentimento livre e esclarecido (profissionais dos CAPS)</p>		
<p>Pesquisa: Análise da efetividade das práticas terapêuticas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de Mato Grosso</p>		
<p>Pesquisadores e instituições envolvidas: Profª Drª Alice G. Bottaro De Oliveira e Profª Ms. Samira Reschelli Marcon – Faculdade Enfermagem/UFMT fone 3615-8810; Prof. Dr. Marcos Antonio Moura Vieira e Profª Ms. Angela Cristina Cesar Terzian - Faculdade de Ciências Médicas- UFMT – 3615-8850; Alceu Assis Lambert- SES/MT – 3613-5169</p>		
<p>Objetivo principal: Analisar a efetividade do tratamento realizado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Mato Grosso</p>		
<p>Procedimentos: serão realizadas entrevistas gravadas, observação do tratamento realizado, e filmagem de algumas situações de atendimento nos CAPS (clínicas, reuniões de família). Os dados também serão coletados em livros de registros e prontuários dos CAPS e dos hospitais psiquiátricos. Todas as gravações e filmes serão confidenciais, serão mantidos sob a guarda dos pesquisadores e analisadas somente pelos pesquisadores e pela equipe de profissionais de cada CAPS, não sendo de nenhum modo exibidas ou divulgadas para outra finalidade.</p>		
<p>Possíveis riscos e desconforto: Risco Nenhum; Desconforto Mínimo</p>		
<p>Benefícios previstos: melhoria do tratamento realizado nos CAPS e da organização dos serviços de saúde mental no Estado de Mato Grosso.</p>		
<p>Eu....., fui informado dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, descritos acima.</p>		
<p>Entendo que terei minha identidade preservada, assim, meu nome e identidade pessoal não serão divulgados; terei garantida a proteção de minha imagem e as informações desta pesquisa serão divulgadas sem estarem relacionadas com a minha pessoa e ninguém, além dos pesquisadores, terá acesso aos nomes e imagens dos participantes desta pesquisa.</p>		
<p>Entendo também que a minha participação é voluntária, ou seja, durante a realização da pesquisa, poderei solicitar mais esclarecimentos sobre ela e terei liberdade de recusar-me a participar ou retirar o meu consentimento da participação da mesma em qualquer momento, sem sofrer nenhuma penalidade.</p>		
<p>Portanto, confirmo que explicou-me o que consta deste documento e orientou-me sobre como será a minha participação nesta pesquisa. 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.</p>		
<p>Assinatura do participante</p>		
<p>Assinatura do pesquisador:</p>		
<p>Em caso de necessidade, contate a Drª Alice G. Bottaro De Oliveira no telefone 3615-8810 ou no e-mail: nesm_mg@yahoo.com.br</p>		
<p>Data (Cidade/dia mês e ano) de de 20.....</p>		
<p>Av. Fernando Corco da Costa s/nº, Campus Univas São João, CCEBS I, Sala 105, Fone 3515-8822, e-mail: nesm_mg@ufmt.br</p>		

**PRATICAPS-MT**

CNPq: 554534/2005-3

Análise da efetividade das práticas terapêuticas dos
Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Mato Grosso**NESM** U
F
M
TNúcleo de Estudos
em Saúde Mental

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"/> Amitríptilina 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"/> Diazepam 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 C _ Dados quantitativos CAPS BB¹

Referentes a 108 questionários.

Idade atual n=102, média=38.25, dp=12.96, mínimo=15 anos, máximo=75 anos

Escolaridade n=82, média=5.13, dp=3.59, mínimo=0, máximo=14 anos

Tempo de tratamento n= 105, média=427.93 dias, dp=390.38, mínimo=5, máximo=1.400 dias

Características dos usuários CAPS BB, por gênero (n= 108)				
	Homens (n= 35)	Mulheres (n=71)	Total (n= 106)	teste
Idade atual (média) (DP)	37.2 (10.3)	38.6 (14.2)	38.25 (13.0)	ns*
Naturalidade ⁽¹⁾ (%)				
Local	12 (37.5)	27 (45.0)	39 (42.4)	ns**
Migrante	20 (62.5)	33 (55.0)	53 (57.6)	
Área procedência (%)				
Urbana	29 (85.3)	66 (94.3)	95 (91.3)	ns**
Rural	05 (14.7)	04 (5.7)	09 (8.7)	
Situação conjugal (%)				
Casado (a)	14 (41.2)	44 (63.8)	58 (56.3)	p=0.01**
Solteiro (a)	15 (44.1)	13 (18.8)	28 (27.2)	
Separado (a)	04 (14.7)	06 (8.7)	11 (10.7)	
Viúvo (a)	-	06 (8.7)	06 (5.8)	
Escolaridade (%)				
0 anos	-	08 (12.7)	08 (8.5)	ns**
< 8 anos	23(74.2)	39 (61.9)	62 (66.0)	
8 a 10 anos	03 (9.7)	06 (9.5)	09 (9.6)	
11 a 13 anos	04 (12.9)	10 (15.9)	14 (14.9)	
> 13 anos	01 (3.2)	-	01 (1.0)	
Diagnóstico (%)				
Dep. Química	09 (26.5)	05 (7.0)	14 (13.3)	p=0.002**
Esquizofrenia	16 (47.0)	19 (26.8)	35 (33.3)	
Tr. Humor	09 (26.5)	43 (60.6)	52 (49.5)	
Outros ⁽²⁾	-	04 (5.6)	04 (3.9)	
Modalidade (%)				
Intensiva	05 (14.3)	05 (7.0)	10 (9.4)	p=0.003**
Semi-intensiva	10 (28.6)	45 (63.4)	55 (51.9)	
Não intensiva	20 (57.1)	21 (29.6)	41 (38.7)	
Tempo tratamento (média) (DP)	497.6 (401.34)	396.1 (385.0)	427.9 (390.4)	ns*

* t-teste

** qui-quadrado

⁽¹⁾ local: indivíduos nascidos na cidade de captação ou no estado de Mato Grosso

⁽²⁾ outros: os diagnósticos agrupados neste item foram: transtornos neuróticos e transtornos de personalidade

¹ Dados fornecidos pela Profa. Dra. Angela Cristina César Terziam do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas da UFMT, responsável pelo tratamento estatístico dos dados quantitativos.

- Observações quanto a Prescrição medicamentosa (n=106)

87(82.1%) usuários estavam em uso de medicação e não há diferença estatisticamente significativa entre os gêneros. Entre os medicamentos padronizados a distribuição é de cerca de 20% para cada um deles e também não há diferença entre os gêneros a não ser em relação da prescrição de haloperidol, o que se justifica pelo maior número de pacientes do sexo masculino com diagnóstico de esquizofrenia.

46 (42.6%) dos usuários estavam em uso de medicação psiquiátrica não padronizada, entre estes 26 estavam em uso de Tioridazina.

11 pacientes tiveram prescrição de antidepressivos ISRS (Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina)

01 paciente teve prescrição de antipsicótico atípico (olanzapina)

- Observações quanto aos tipos e CAPS

27 CAPS entraram no estudo

02 CAPS infantil

02 CAPS tipo II

05 CAPS ad

18 CAPS tipo I

APÊNDICES

APÊNDICE A _ Quadros - Registros dos pesquisadores CAPS BB

QUADRO 06: Descrição de atividades CAPS BB Dia 01 - vespertino (segunda-feira, 30/10/06).

Horário	Atividades	Protagonistas	Observações
13 h	Encontro com o clínico geral.	Pesquisador orientador e o clínico geral.	Apresentação do projeto e entrevista.
13 h	Últimos acertos para as atividades que serão desenvolvidas no período da tarde.	Equipe: psicóloga enfermeira e assistente social.	Enfermeira – Grupo de Depressão. Assistente social – entrega de convites (grupo) aos familiares de alcoolistas (visita domiciliar).
13 h e 30 min.	Entrevista	Pesquisador orientador e psicóloga.	Preenchimento do questionário – PRATICAPS.
13 h e 30 min.	Pacientes começam a chegar para o atendimento com o médico e outros chegam para a fisioterapia.	Pacientes em atendimento.	Os pacientes aguardam no corredor, em bancos até que a secretária os chame para o atendimento.
14 h	Fisioterapia	Fisioterapeuta e nove pacientes.	A fisioterapeuta permitiu que a pesquisadora mestranda filmasse a aula. Como registro, a pesquisadora faz ainda, algumas observações: a professora é muito carinhosa e tem muita paciência com os usuários; a aula foi muito dinâmica e, por isso, todos participaram das atividades propostas pela fisioterapeuta.
15 h	Lanche: bolo de fubá e suco.	Usuários e equipe.	Pesquisadores também.
15 h e 30 min.	Oficina de pintura	Todos os pacientes da fisioterapia participaram dessa oficina sob a coordenação da enfermeira.	Os pacientes pintaram o mural de entrada do prédio do CAPS. A eles foram dadas tintas de diversas cores e os instrumentos utilizados foram uma esponja (de cozinha) e as próprias mãos. Há o registro de imagens de toda a oficina.
16 h -17 h	Serviço burocrático da equipe.	Psicóloga, enfermeira e assistente social.	Preenchimento de fichas de acompanhamento, prontuários, relatórios, etc.

Outras observações:

. Durante o período, o pesquisador orientador esteve se familiarizando com o serviço, aprendendo como funcionam os procedimentos, as fichas de acompanhamento e os prontuários. Até o final da tarde, ele conseguiu terminar o questionário de nove pacientes.

QUADRO 07: Descrição de atividades CAPS BB Dia 02 - matutino (terça-feira, 31/10/06).

Horário	Atividades	Protagonistas	Observações
7 h	Apresentação de uma nova modalidade de bordado por uma paciente	Psicóloga, enfermeira, assistente social e a paciente V.L. (TM).	Sugestão de ensinar esse bordado às outras usuárias. Todos da equipe a ouviram com muita atenção.
7 h	Atividades de preenchimento de questionários	Pesquisador orientador	A pesquisadora o ajudou por alguns momentos.
8 h	APAC (Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/ Custo)	Psicóloga	Atendeu dois pacientes separadamente.
8 h	Grupo de TM	Assistente social e pacientes.	A assistente social esperava por eles.
8 h	Grupo de depressão.	Enfermeira/ 11 pacientes	1ª reunião.
8 h 30 min.	Entrevista informal com a Assistente social	Assistente social e a pesquisadora mestranda	Motivo da entrevista: os pacientes (TM) não compareceram.
8 h 30 min	Lanche – chá com bolacha	Pacientes/ equipe	Pesquisadores.
9 h	Entrevista com a Secretária e com a auxiliar de serviços gerais, em separados, sem registro de áudio, apenas um questionário.	Secretária, auxiliar de serviços gerais e a pesquisadora mestranda.	A secretária e a auxiliar vieram transferidas do Hospital Municipal. Disseram que o serviço no CAPS é bem tranquilo pela manhã, só à tarde é que é mais agitado (as consultas com o clínico só se realizam à tarde).
9 h	Preenchimento de cadernos (visitas domiciliares).	Enfermeira e assistente social.	Serviços de rotina
10 h	Reunião de equipe.	Psicóloga, enfermeira e assistente social.	Assuntos: grupos de depressão querem fazer alguma atividade manual; pacientes C. e L. necessitam de atendimento.
10 h	Término de atendimentos	Equipe	Conversa informal.
10 h -11 h	Assuntos pendentes.	Psicóloga.	Promotoria e judiciário.
10 h	Entrevista com alguns profissionais da equipe.	Pesquisador, enfermeira e assistente social.	Enfermeira e assistente social.
11 h – 13 h	Almoço		

QUADRO 08: Descrição de atividades CAPS BB Dia 02 - vespertino (terça-feira, 31/10/06).

Horário	Atividades	Protagonistas	Observações
13 h	Preenchimento de questionários – PRATICAPS.	Pesquisador orientador.	O pesquisador orientador está quase terminando os questionários.
13 h e 45 min	Oficina de pintura.	Enfermeira e as pacientes: C., S. e G.	Foi fotografada pela pesquisadora mestranda. Tratava-se de uma oficina na qual a enfermeira ajudava as pacientes a confeccionar um painel. Nesse painel havia informações de como são os medicamentos por elas utilizados (cores, tamanho, dosagem, etc.).
14 h	Entrevista com familiar de usuário.	Pesquisadora mestranda e Sr. S. (pai do usuário G.).	Entrevista registrada em áudio com a autorização do mesmo.
14 h e 30 min	Entrevista com uma paciente.	Pesquisadora mestranda e a paciente C.	Entrevista registrada em áudio com a autorização da mesma.
14 h e 45 min	Entrevista gravada com a reunião de equipe (sem a gerente) e pesquisadores.	Pesquisador orientador, pesquisadora mestranda, enfermeira, assistente social, clínico e secretária.	Toda a entrevista foi registrada em áudio.
15 h	Lanche: bolinho frito e suco	Pacientes e equipe	Pesquisadores também.
15 h e 50 min	Término de atendimento aos usuários. Serviços burocráticos do dia.	Equipe	Fichas, cadernos, prontuários, etc.
16 h -17 h	Visita de dois conselheiros tutelares.	Psicóloga e os dois conselheiros.	Assunto: paciente anteriormente cuidado por outro profissional e que agora se encontra no CAPS.

Ocorrências no período vespertino:

Paciente G., aluno da pesquisadora mestranda, estava esperando atendimento médico e quis conversar com a pesquisadora. Essa não lhe pôde negar atenção.

Um casal de indígenas (Aldeia Umutina) procurou os serviços e foi atendido pelo clínico geral. Problemas com o marido: álcool.

QUADRO 09: Descrição de atividades CAPS BB Dia 03 - matutino (quarta-feira, 01/11/06).

Horário	Atividades	Protagonistas	Observações
7 h	Fotos para o computador.	Pesquisador orientador	Imagens do CAPS.
7 h	Registro de arquivo do CAPS.	Pesquisadora mestranda, assistente social e enfermeira.	Algumas notas: acolhimento – todos fazem. É quem encontrar o paciente primeiro; pastas - são geradas sempre no final do mês; diagnóstico – a equipe define; arquivo maior, pastas e arquivo menor (acolhimento). Tudo é registrado num caderno, só depois é passado para a pasta.
7 h e 30 min	Grupo de depressão.	Enfermeira e as pacientes P., M., M. de L., I. e L. Pesquisador orientador e pesquisadora mestranda.	Pesquisadores foram apresentados. Registro em vídeo desse grupo e das atividades desenvolvidas; Material coletado para a realização da (ACS)
9 h	Edição de imagens do grupo.	Pesquisador orientador.	Preparar cenas para a autoconfrontação. Ver registro de imagens desse grupo.
10 h	Informações sobre as pacientes que participaram do grupo de depressão.	Pesquisadora mestranda e enfermeira	Conversa informal com a enfermeira a fim de obter todas as informações possíveis de cada paciente: nome completo, idade, estado civil, diagnóstico, relato de acompanhamento e outros assuntos pertinentes ao grupo.
11 h - 13 h	Almoço		

QUADRO 10: Descrição de atividades CAPS BB Dia 03 - vespertino (quarta-feira, 01/11/06).

Horário	Atividades	Protagonistas	Observações
13 h	Preenchimento de questionários – PRATICAPS – momentos finais.	Pesquisador orientador	Pesquisador orientador e pesquisadora mestranda – algumas conferências finais.
13 h -14 h	Reunião para ajustes das atividades desenvolvidas no período da tarde.	Equipe do CAPS	Reunião de rotina. Pacientes chegam para o atendimento médico.
14 h	Autoconfrontação enunciativo-discursiva com a enfermeira.	Enfermeira e o pesquisador orientador	A pesquisadora mestranda apenas observou essa atividade. .Para melhor entender, ver registro em vídeo.
14 h	Atendimento médico	Clínico Geral	Pacientes agendados.
15 h	Lanche	Pacientes e equipe	Pesquisadores também.
15 h	Reunião	Pesquisadores e equipe do CAPS	Momento de dar um retorno à equipe e agradecer a disponibilidade de todos.
15 h e 45 min	Despedida/ agradecimentos	Pesquisadores	Devolução das pastas.

APÊNDICE B _ Imagens do CAPS BB



Imagem 01 – Entrada do CAPS BB



Imagem 02 – Interior do CAPS BB



Imagem 03 – Equipamentos utilizados na oficina de vídeo - CAPS BB

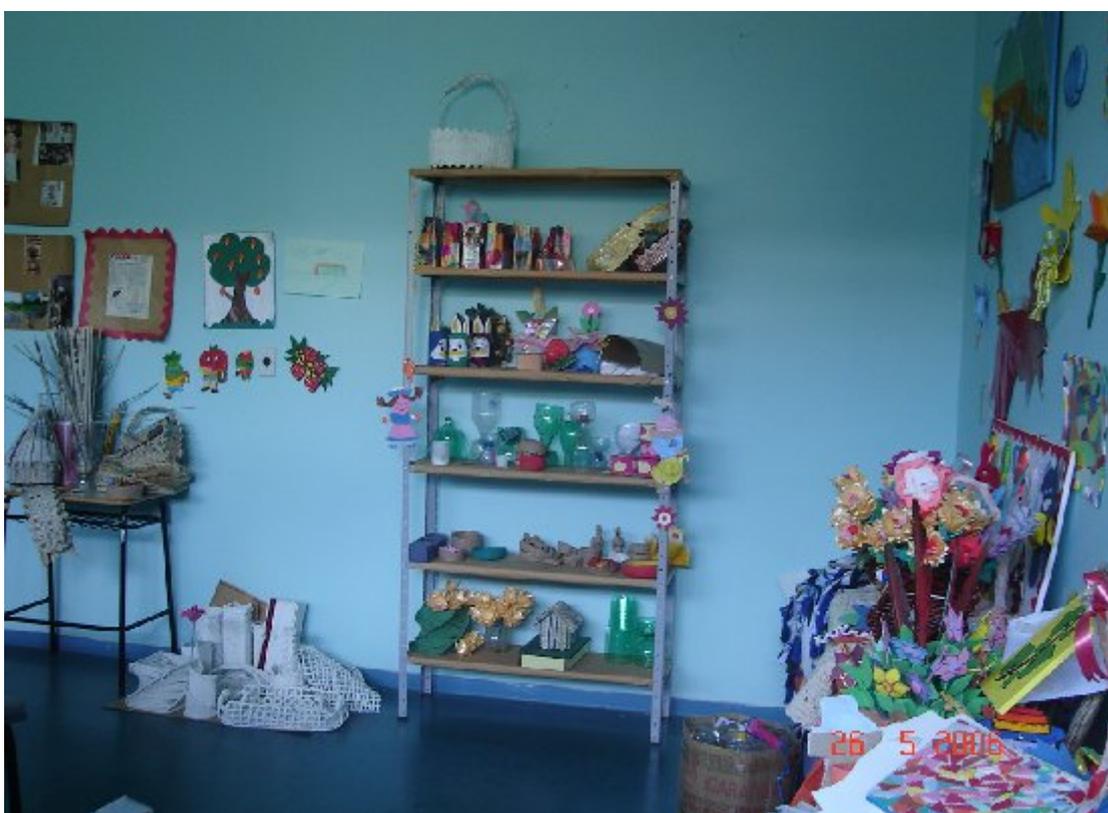


Imagem 04 – Ambientação dos espaços internos – CAPS BB

APÊNDICE C _ Transcrições das gravações

Quadro - Convenções para as transcrições

Regras de transcrição utilizados a partir de CASTILHO & PRETI (1986: 9-10), *A Linguagem Falada Culta na Cidade de São Paulo, vol. II - Diálogos entre dois informantes*.

(): incompreensão de palavras ou segmentos - Ex. *um mar () de lamúrias...*

(()): comentário descritivo do transcritor - Ex.: ((risos))

(...): existência de um segmento de fala omitido no exemplo da transcrição

... : qualquer pausa

- : silabação - Ex.: *a-tro-pe-lan-do*

:: ou ::: : alongamento de vogal ou consoante

/: autointerrupção

]: hetrointerrupção

Quadro – Perfil dos pacientes

Nome	Perfil	Observações
Antônio	35 anos, Ensino Médio completo, solteiro, desempregado.	.Diagnóstico: F.20.0 (esquizofrenia paranóide)* Modalidade: Intensivo Tempo de tratamento - 30/07/04 (3 anos) . Religião: não informada
Cláudio	22 anos, Ensino Fundamental incompleto, solteiro, desempregado.	Diagnóstico: F.20.1 (esquizofrenia hebefrênica)* Modalidade: Intensivo Tempo de tratamento: 27/09/04 (3 anos) . Religião: não informada
Daniela	27 anos, Ensino Fundamental incompleto, casada, desempregada.	Diagnóstico: F.20.0 (esquizofrenia paranóide)* Modalidade: Intensivo Tempo de tratamento: 12/06/03 (4 anos) . Religião: evangélica
Beto	24 anos, Ensino Médio completo, solteiro, desempregado.	Diagnóstico: F.20.0 (esquizofrenia paranóide)* Modalidade: Intensivo Tempo de tratamento: 22/01/04 (3 anos) . Religião: evangélica

* Décima Classificação Internacional das Doenças - CID 10

Quadro – Perfil da psicóloga

Nome	Perfil	Observações
Condutora da oficina	30 anos, Graduação em Psicologia, solteira.	Gerente e Psicóloga do CAPS BB desde sua inauguração

1. A oficina de vídeo

1ª parte - abertura

A psicóloga abre a oficina de vídeo falando sobre o filme, fazendo uma apresentação. Em meio a essa apresentação, há uma pequena interrupção por um dos pacientes do grupo.

01. Condutora da oficina – ((olhando para todos os integrantes)) *Boa tarde!...*
02. Todos - *Boa tarde!*
03. Condutora da oficina - *É... bom... hoje, né, o filme que a gente vai assistir... o nome do filme, tá, é ABC do Amor, tá. Um filme bem tranquilo, bem gostoso, tá?*
04. Paciente Antônio- *ABC... ((em tom de desconfiança)) O nome já é bonito, né?*
05. Condutora da oficina - *Exatamente, o ABC, né. Aprender a história do amor, né. Então a gente vai assistir agora e, no final, a gente sempre faz as mesmas regras, discussões sobre o filme. "Vamos" lá? ((pegando o controle remoto e iniciando o filme))*

2ª parte - exibição do filme (não há diálogo e nem comentários durante a exibição. Apenas alguns risos e trocas de olhares entre psicóloga e usuários durante algumas cenas).

3ª parte - o debate orientado

01. Condutora da oficina – *Vocês gostaram do filme ?*
02. Paciente Antônio – *Bom...*
03. Paciente Daniela – *Ah! Eu gostei. ((risos))*
04. Todos – *Eu gostei...*
05. Condutora da oficina – *Então, o que que a gente pode... pode entender do filme?*
06. Paciente Daniela – *O menino é apaixonado pela menina.*
07. Condutora da oficina – *É... o que mais?*

08. Paciente Beto – *Eu acho que o filme mostra a realidade da gente se amar, né. Tanto faz do pequeno quanto do grande também, né? Eles se amam, né? ... O grande é o espelho do... do pequeno, né?*
09. Condutora da oficina – *E o pequeno também pode se... se espelhar... no grande?*
10. Paciente Antônio – *Pode!*
11. Condutora da oficina – *O menininho "tava"... se espelhava no pai?*
12. Paciente Antônio – *"tava"!*
13. Paciente Daniela - *"tava"!*
14. Condutora da oficina – *E como que o menino "tava" reagindo?*
15. Paciente Antônio – *Ele "tava" um pouco assim... inseguro, né? Ele "tava" tendo a decisão ainda para dar para a menina de falar as coisas. Ele ia falar mas em pensamento. Aí, a hora que ele ia falar ele precisava de um tempo. Mas muitas coisas que ele ia falar para a menina, que ia falar no amor dela... era proibido. Aí ele não conseguiu há mais tempo. Foi no finalzinho que foi entender que tudo o que sentia era o amor que sentia por ela.*
16. Condutora da oficina – *E o que o pai dele aprendeu? O pai dele aprendeu... O pai do menino... aprendeu alguma coisa?*
17. Paciente Beto – *Uma lição? ((em tom muito baixo))*
18. Condutora da oficina – *Oi? ((não ouviu direito o comentário do paciente))*
19. Paciente Beto – *Alguma lição?(em tom mais alto agora)*
20. Condutora da oficina – *É. Será que o pai do menino aprendeu uma lição com ele?... Como que o pai do menino se relacionava com a mãe dele?*
21. Paciente Beto - *Eles eram separados. Que ... eles antes se amavam, mas depois, por causa de algumas coisas assim... coisas assim... sem... sem tanto sentido, daí, o amor foi se acabando. Mas ele não agiu como o pai dele, por causa, assim... não desistiu de lutar... pelo amor...*
22. Paciente Daniela - *...que ele tinha pela Rosemary. ((completando a fala do paciente Beto))*
23. Condutora da oficina – *Isso! ((pausa e depois retoma o turno))*
24. Condutora da oficina – *Então! O que significa o ABC do amor? O nome do filme?*
25. Paciente Beto. – *É o início, né? De se amar, aliás, todo...todo mundo teve um começo, né? E o começo deve ser o ABC.*

26. Paciente Antônio – *O ABC significa pela idade? Pelo início? Eu acho assim que... a pessoa não deve olhar a ninguém... e nem pela idade quando sente o amor pela pessoa. Quando a pessoa é mais “velho”, mas ele é mais novo ou ela é mais nova, ele é mais velho, o que importa é o amor. Igual ao menino, aí com 10 anos, né? Sentiu amor pela menina e ela “tava” insegura em ter o amor. Era nova, tudo. Mas ele “tava” decidido: _ Ah! Eu tenho 10, você tem 11, eu tenho 10. Pra ele, “tá” decidido tudo. Era uma finalização, que o amor dele era todo pra ela.*

27. Condutora da oficina - *Isso mesmo, é isso mesmo!... E...como a gente aprende a amar?*

28. Paciente Antônio – *Como? Como?*

29. Condutora da oficina – *É, como?*

30. Paciente Antônio – *Eu, no meu caso, eu interpreto assim, que...pra amar é pelo...tratamento que a pessoa entende a gente, pelo sentimento...pelos problemas...Não olhar nada, deixar tudo passar, erguer a cabeça e falar: _ Essa é a pessoa da minha vida! ... Não importar com conversa, com boato, com fuxico e pensar no futuro. Não ficar olhando pros outros. Olhar para a pessoa. Porque tem muitas pessoas que é bem, como se diz, é bem vivida,...assim...de amor, tem 50 anos de casado, tudo. É um espelho. Então, a vida da gente fez assim...tanto pela pessoa e também procurar fazer pra gente. Não ficar olhando para aquele que fica brigando todo dia aqui. Olha aquele velhinho lá de 60 anos, lá. Não sabe ler, que é o velhinho que começou novo, mas ta casado... hoje e tem 8 filhos, já. Sinal de transformação.*

31. Condutora da oficina - *Hein, Cláudio! Como é que a gente aprende a amar?*
((olhando e falando diretamente para ele))

32. Paciente Cláudio – *Ah! Eu não sei!*

33. Condutora da oficina – *Que que você entendeu do filme?*

34. Paciente Cláudio – *Eu entendi que ele se apaixonou novo, né? Mas eu não tinha visto desse jeito.*

35. Condutora da oficina – *Não?*

36. Paciente Cláudio - *Não.*

37. Condutora da oficina – *Mas você acha que isso pode acontecer?*

38. Paciente Cláudio – *No filme aconteceu, né?*

39. Condutora da oficina – *Mas o que que você achou? Foi legal? Não foi legal?*

40. Paciente Cláudio – *Foi legal.*

41. Paciente Antônio – *Tem pessoas que... assim, na infância, descobre-se, namora, cresce, passa para a juventude, a adolescência, forma, casa e “veve” ((vive)) até morrer. É um... um segmento na vida. Desde “pequenininho”, já tem aquele... aquela ligação, já. Que transforma aquele namoro de colégio em futuro na vida. Igual à criança aí, que namora, cresce e casa e “veve” ((vive)) dessa vida.*

42. Condutora da oficina - *E...será que amar é sofrer mesmo? Será que tem que sofrer pra amar?*

43. Paciente Antônio – *Eu acho que tem!*

44. Paciente Daniela – *Tem!*

45. Condutora da oficina – *Tem? Será? ((surpresa com a resposta deles)) O que que o Beto acha?*

46. Paciente Beto.- *É... eu acho que o amor, depois que nasce no coração, ele, mais na frente venha a ter algum sofrimento por causa que na vida sempre tem muitas, né... sempre tem altos e baixos... e com isso o amor vai... sofrer. Porque se tem alguma pessoa passando por dificuldades ou por algum tipo de situação, ele vai sentir, né?... Porque na Bíblia mesmo fala assim... o amor é paciente, sofredor e tem... um mar () de lamúrias. Então, adiante... é sofredor mesmo.*

47. Condutora da oficina - *O amor é puro também, né? É... viu como o menininho sofria? Mas ele sofria, muito mais por medo, por insegurança... Não porque ele amava, né?*

48. Paciente Antônio– *Ficava com ciúmes, né? E o outro rapazinho ficou com ciúme dele.*

49. Condutora da oficina – *Ah... ah... ((afirmando a fala do paciente Antônio)) E que mensagem esse filme traz pra vida de vocês, pra nossa vida?*

50. Paciente Antônio - *Pra mim, eu entendo assim, que... A pessoa não deve interpretar uma conversa que uma pessoa “tá” conversando com um homem, com um homem... uma mulher e chega o namorado dela... o namorado dela. Ele já acha que “tá” tendo um caso ali, né? Conversar, ter união, tem que respeitar ela, ela respeitar ele, porque não vai ficar todos os dias dentro de casa, o dia todo... Tem que trabalhar e pensar na vida, no futuro. No filho que vai ter. No filho aqui, como daqui a dois anos vai ter outro, pra ver como “tá” cuidando daquele ali... pra vim saber com quem “tá” morando, pra saber com quem vai viver.*

51. Condutora da oficina - *Pra você, Daniela. Qual a mensagem que o filme traz? Pra você?*

52. Paciente Daniela - *Pra mim, tem que saber amar, libertar, né? Não mentir. Igual a menina... não queria perdoar o menino, né? Aí, ele viu que ele gostava muito da menina e ele falou que não gostava dela. Depois...depois viu apurado e começou a chorar.*

53. Condutora da oficina- *E aí ele correu atrás e co...*

54. Paciente Daniela .- ... e conseguiu. ((completando a fala da psicóloga Dirlene))

55. Condutora da oficina - *E...pra você, Beto. Qual a mensagem que você tira pra sua vida desse filme?*

56. Paciente Beto - *Que a gente tem que...sempre lutar pelo que a gente quer, né? E também a gente tem que lutar e tem que procurar agir da melhor maneira possível, né?*

57. Condutora da oficina - *E pro Cláudio? Cláudio? Qual que a mensagem que o filme, que você leva pra casa?*

58. Paciente Cláudio - *Ah! Não sei...*

59. Condutora da oficina - *Mas amar é bom?*

60. Paciente Cláudio - *É...*

61. Condutora da oficina - *É importante para a vida?*

62. Paciente Cláudio - *É...*

63. Condutora da oficina - *Pode começar bem cedinho ou pode vir... mais tarde...*

64. Paciente Antônio - *Mais tarde...* ((reafirmando a fala da condutora da oficina))

65. Condutora da oficina - *Então, o amor "ta" na vida de todo mundo. O amor de amigo. né? O amor entre os colegas, né? O amor entre...pessoas mesmo, né? Então, eu acho que isso é bacana. Tudo bem?*

66. Todos - *Tudo bem!*

67. Condutora da oficina - *Vamos levar essa mensagem, né?*

68. Paciente Antônio - *Foi muito bom...*

69. Condutora da oficina - *Então, "tá"! "Vamo" pro lanche?*

70. Todos - *"Vamo"!*

((Encerra-se a oficina e todos se dirigem para a copa, onde o lanche é servido))

AUTOCONFRONTAÇÃO

A ACS se deu em 4 momentos:

Quadro - Partes da ACS

Parte	Turnos de fala	Tempo/vídeo	Tempo/ACS
1 ^a	De: 01. Condutora da oficina – <i>Vocês gostaram do filme ?</i> Até: 23. Condutora da oficina – <i>Isso!</i> ((pausa e depois retoma o turno))	2 minutos	1 minuto
2 ^a	De: 24. Condutora da oficina – <i>Então! O que significa o ABC do amor? O nome do filme?</i> Até: 48. Paciente Antônio – <i>Ficava com ciúmes, né? E o outro rapazinho ficou com ciúme dele.</i>	4 minutos	1 minuto e 15 segundos
3 ^a	De: 49. Condutora da oficina – <i>Ah... ah...</i> ((afirmando a fala do paciente Antônio)) <i>E que mensagem esse filme traz pra vida de vocês, pra nossa vida?</i> Até: 50. Paciente Antônio - <i>Pra mim, eu entendo assim, que...vai viver.</i>	45 segundos	1 minuto e 20 segundos
4 ^a	De: 51. Condutora da oficina - <i>Pra você, Daniela. Qual a mensagem que o filme traz? Pra você?</i> Até: 70. Todos - <i>“Vamo”!</i>	1 minuto e 45 segundos	2 minutos
	TOTAL	8 minutos e 30 segundos	5 minutos e 35 segundos

1^a parte - A condutora da oficina apenas observa as cenas, sem proferir comentários durante a exibição.

Condutora da oficina - *É... essa parte de...de...é...que quando você assiste um filme que você programa, ele, você pensa nos possíveis temas pra se discutir em cima do filme. É claro que você primeiro deixa a pessoa dizer o que ela pensa sobre o filme, o que ela entendeu. E nesse comentário que eu pergunto sobre a relação da mãe e do pai da criança... eu acho que eu... nesse sentido, eu acho que eu não precisava ter feito o comentário naquela hora...porque já era uma análise secundária à idéia do filme. Isso era pra ...é...alguém que tivesse uma percepção, talvez, um pouquinho mais apurada. Eu percebo que eles chegaram muito perto. Acho que não era nem...nem...erro deles...acho que eu deveria ter tido esse cuidado de... de...e... não tanto de início chegar...olhando esse ponto de vista. Isso era, vamos dizer, uma idéia secundária ao filme... que o menino também conseguia com... com a vivência do menino, mudar a.. a... visão do pai, por exemplo, né? Então, eu acho que nesse sentido...é... fui meio pré-ci-pi-ta-da no comentário. ((risos)).*

2ª parte - A condutora da oficina apenas observa as cenas, sem proferir comentários durante a exibição.

Condutora da oficina - *É... eu acho que é...essa parte de quando eu pergunto o que que eles entenderam sobre ... o que tinha a ver, ou melhor dizendo, o nome do filme, com o que eles assistiram, né... eu acho que foi uma parte menos ruim, vamos dizer assim, que...é ... ficou de fácil acesso a eles. Acho que foi mais tranquilo, foi onde que... conseguiram se expressar melhor, onde não houve tanto silêncio, né, porque a resposta "tava" acessível, vamos dizer assim, à compreensão deles. E... até mesmo pensando naquele...naqueles primeiros comentários que eu achei legal. A gente acaba se precipitando , né... na nossa forma de olhar os filmes, de olhar a situação e... acaba atropelando... antecipando respostas, a-tro-pe-lan-do a fala do... do... usuário, no caso, ou do outro, né. Seja por ansiedade, seja por querer ajudar. Mas isso acaba ... é ... comprometendo, vamos dizer assim, a capacidade de desenvolvimento que pode ter, né, de absorção e de troca de informações entre eles e comigo também, né. Então, acho que essa parte, ela foi produtiva.*

3ª parte - Durante a exibição do filme da oficina, a condutora da oficina faz comentários sobre dois pacientes:

a) Sobre a paciente Daniela:

Comentário da condutora da oficina: *Você vê, conforme ela vai... ela vai... me dando uma resposta, ela vai construindo uma resposta. Às vezes contraditória, mas ela vai construindo.*

b) Sobre o paciente Cláudio:

Comentário da condutora da oficina: *Eu... acho que... quanto mais ele puder ficar... atrás da cortina ele fica. Fala só em último caso.*

Condutora da oficina - *Muitas vezes é esquisito ((risos)) que... por mais que você prepare toda uma situação, que você prepare a discussão, que eu volto de novo nisso, na mesma discussão, você vê que, às vezes, você... você escorrega nas colocações, né? Você vê que, às vezes, que você induz mesmo... eu vejo que essa repetição... ela... Eu posso "tá" tendo uma visão limitada do... dessa filmagem, né... do filme e das discussões. Mas eu vejo os erros se repetindo sempre, né ? ((risos)). Você forçando a situação em vez de interagir, em vez de... ao mesmo tempo, claro que a gente... eu tento puxar com que todos... é... coloquem a sua opinião, né... sobre o filme, sobre as situações. Mas eu acho que eu, às vezes, interfiro demais.*

Em vez de criar um espaço maior, eu acabo fechando... o comentário. Em vez de tentar abrir, né... Em vez de , em vez de... no sentido de fechar o assunto, abrir cada vez mais. Então eu encerro. Eu encerro a discussão, né? Eu entro no mesmo ritmo que eles. Faz um comentário e pára, né? Então é isso.

4ª parte - A condutora da oficina apenas observa as cenas, sem proferir comentários durante a exibição.

Condutora da oficina - *Ai, é... "tô" magra... ((risos)) . Ai, que horror! ((risos)). Ai... Eu acho que é interessante... é... essa sensação de... de se assistir e se ouvir, porque na grande maioria, você... você... não tem esse recurso pra você poder analisar. Aí você pára e fala assim: ai, ficou tão "pobrinho" , principalmente o final... Não. ((em tom firme e decidido)) É... tirando aquelas colocações que eu acho que não ficaram boas, não foram bem colocadas, só, talvez, no momento, não foram boas. Mas, assim, ah! Eles tiveram boa participação. Só que eu acho que eu não sabia o que fazer com o final, né? se fecha, se abre... ah! Como, se tem necessariamente que, nessa situação, num assunto tão amplo, tem que fechar alguma coisa também, né... Então... é... é... cabe revisão, né? ((risos))... Cabe revisão no trabalho... Além da mensagem... discutir qual a profundidade, qual é realmente a intenção do filme. Sim, todo filme traz uma idéia... algo a ser discutido. Além de discutir ele, qual é a intenção, né? Claro, que eles aprendam mais, né?. E que tenham uma nova visão sobre o mesmo assunto. Mas aí, o meu papel, né, além de tentar conduzir essa discussão, o que fazer com esse fim, como fechar ... é..., pelo menos a tarde... o filme, não necessariamente o assunto. Eu acho que é... até mesmo falando sobre isso, você começa já a construir uma possível descoberta, né, para os próximos filmes, né? Mas isso é muito bom. Então, de fato, tem que ser revisto mesmo, essa questão.*

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](#)