

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO CUIDADOS CLÍNICOS EM SAÚDE

ANTONIO GERMANE ALVES PINTO

**PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: significados e
sentidos da prática clínica em Centro de Atenção Psicossocial.**

FORTALEZA

2008

ANTONIO GERMANE ALVES PINTO

PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: significados e sentidos da prática clínica em Centro de Atenção Psicossocial.

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde, Área de Concentração Cuidados Clínicos e Enfermagem. Universidade Estadual do Ceará –UECE como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora:

Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge

Linha de Pesquisa:

Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

FORTALEZA

2008

P659p

Pinto, Antonio Germane Alves

Produção do cuidado em saúde mental: significados e sentidos da prática clínica em centro de atenção psicossocial / Antonio Germane Alves Pinto. – Fortaleza, 2008.

191p; il.

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

Dissertação (Mestrado acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.

1. Saúde mental. 2. Cuidado clínico. 3. Atenção psicossocial
I. Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.

CDD: 362.20425



U.E.C.E

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO CUIDADOS CLÍNICOS EM SAÚDE
Área de concentração - Enfermagem

FOLHA DE AVALIAÇÃO

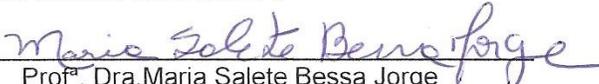
Título da Dissertação: **“Produção do Cuidado em saúde mental: significados e sentidos da prática clínica em Centro de Atenção Psicossocial”**.

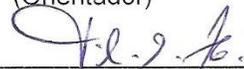
Nome do Mestrando: **Antonio Germane Alves Pinto**

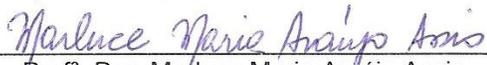
Nome do Orientador: **Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge**

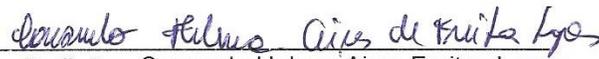
DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM CUIDADOS CLÍNICOS/CCC/UECE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM CUIDADOS CLÍNICOS, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM ENFERMAGEM.

BANCA EXAMINADORA:


Prof.ª Dra. Maria Salete Bessa Jorge
(Orientador)


Prof. Dr. Túlio Batista Franco
(1º membro)


Prof.ª Dra. Marluce Maria Araújo Assis
(2º membro)


Prof.ª Dra. Consuelo Helena Aires Freitas Lopes
(Suplente)

Data da defesa: 20/09/2008.

O homem é uma corda, atada entre o animal e o além-do-homem - uma corda sobre um abismo. Perigosa travessia, perigoso a-caminho, perigoso olhar-para-trás, perigoso arrepiar-se e parar. O que é grande no homem é que ele é uma ponte e não um fim: o que pode ser amado no homem é que ele é um passar e um sucumbir. Amo Aqueles que não sabem viver a não ser como os que sucumbem, pois são os que atravessam.

Friedrich Nietzsche

Aos meus pais, pela minha existência.

À Milena Silva Costa, pela compreensão e apoio.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Professora Dra. Maria Salete Bessa Jorge, minha eterna orientadora.

Os sentimentos de respeito e admiração se misturam durante o nosso cotidiano de trabalho. Agradeço por mais de uma década de oportunidades e aprendizado contínuo. A minha formação se deve, primordialmente, ao apoio irrestrito que sempre recebi de sua parte. A vossa compreensão e sua dinâmica confiança foram os pilares para que eu pudesse estar sempre reconstituindo os saberes e as práticas no campo da saúde mental coletiva e na própria vida. Obrigado por tudo, professora.

AGRADECIMENTOS

À *equipe de trabalhadores de saúde mental* do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da Secretaria Executiva Regional IV em Fortaleza-CE, pelo acolhimento, apoio e dedicação dispensada em todas as etapas deste estudo.

Aos *usuários* da Rede de Atenção à Saúde Mental de Fortaleza-CE, por estarem fazendo história a cada dia nos espaços e cenários da saúde mental nesta cidade.

Aos *colegas e professores* do Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde (CMACCLIS) e Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública (CMASP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), pelo convívio, amizade e aprendizado mútuo.

A *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior* (CAPES) pelo suporte e apoio.

Ao *Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico (CNPq) e Tecnológico e ao Ministério da Saúde* pelo financiamento do projeto de pesquisa.

Aos *estudantes, bolsistas, voluntários, pesquisadores e técnicos* do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSE) pelas discussões temáticas, debates construtivos, momentos e vivências, apoio na coleta de dados, suporte emocional, enfim, Muito obrigado a você, em todo.

Aos *Professores* Francisco Maia Pinto, Consuelo Helena Aires de Freitas e Maria Veraci Oliveira Queiroz, ambos da Universidade Estadual do Ceará (UECE), pela convivência e respeito mútuo.

Às *funcionárias* Rafaela (CMACCLIS), Mairla e D. Maria (CMASP), ambas da Universidade Estadual do Ceará (UECE), pelo suporte operacional e emocional desta jornada.

À *professora* Dra. Marluce Maria Araújo Assis da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) pela dedicação profissional e o compartilhamento de idéias e saberes.

Ao *companheiro* Washington Abreu-de-Jesus da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) pelas discussões críticas e debates reflexivos em torno deste objeto de estudo.

Aos *colegas* do Departamento de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA) pelo companheirismo e compreensão profissional.

A *todos* aqueles que durante este período diferente e diverso transversalizaram o meu cotidiano. Amigos, colegas e “conhecidos” que de toda forma mantiveram uma interação direta ou indireta para comigo neste processo de aprendizagem. Agradeço hoje e sempre, distante ou presente, triste ou sorridente, afetiva ou objetivamente, Muito obrigado.

RESUMO

O objeto do estudo é a análise da produção do cuidado em saúde mental, tomando como recorte a prática clínica operada pelos trabalhadores do CAPS na Cidade de Fortaleza-CE. A produção do cuidado integral decorre da concepção estabelecida por meio das relações em que o acolhimento, vínculo, autonomia, responsabilização e resolutividade são disponibilizados na prática clínica para com os sujeitos sociais envolvidos no processo. Objetivou-se compreender as práticas de saúde mental na produção do cuidado, envolvendo tecnologias de relações construídas pelos trabalhadores e usuários dos CAPS de Fortaleza-CE; Analisar a organização do trabalho em saúde e suas interfaces com as tecnologias de relações no cuidado clínico em saúde mental; e, discutir a prática clínica em saúde mental na transversalidade da produção do cuidado integral. A metodologia da pesquisa qualitativa, dentro de uma perspectiva crítico-analítica, está escolhida como possibilidade de compreensão do fenômeno social e suas relações no contexto investigado. Os sujeitos do estudo foram 14 trabalhadores de saúde de uma equipe de CAPS do Município de Fortaleza-CE sendo utilizadas a entrevista semi-estruturada e a observação sistemática para coleta de dados. A análise dos dados pautou-se nos pressupostos da análise hermenêutica crítica. Os resultados revelaram que a clínica configura-se no espaço do cuidado conduzindo homogeneamente os elementos que integralizam ou não o cuidado em saúde mental, e que as atividades desempenhadas, os procedimentos implantados e executados e, ainda, os saberes interpostos tem na práxis cotidiana a sua efetiva resolutividade. As abordagens terapêuticas grupais absorvem o campo da contemplação contextual no cenário ao incidir a clínica perante a subjetividade humana na busca de uma melhor adequação de vida. As práticas dos trabalhadores do CAPS inserem-se no contexto dos espaços e cenários do cuidado em saúde mental de forma dialética e histórica. O processo de trabalho operado neste campo adentra por meio das tecnologias e saberes na consolidação de um transformar de realidades e situações em consonância aos determinantes sociais e históricos. Ainda assim, a atenção psicossocial em suas dimensões, emana a necessidade da ação intersetorial. Dessa forma, o CAPS precisa incorporar e atuar no seu papel de agenciador e ordenador das ações de saúde mental no território. No espaço territorial o sujeito mantém suas estruturas e coberturas de atenção que, embora diferentes, também incidem no suprimento de necessidades e demandas de saúde do usuário no SUS.

Descritores: Saúde Mental; Cuidado integral em saúde; Centro de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

The objective of the study is the analysis of production of care in mental health, taking as note the clinical practice done by workers of CAPS in city of Fortaleza-Ce. The production of integral care comes out of conception established through relations where the welcoming, link, autonomy, responsabilization and solubility are available on clinical praxis with the social subjects involved in the process. It aimed to comprehend the practices of mental health in production of care, involving technologies of relations built by workers and users of CAPS from Fortaleza/Ce; to analysis the organization of work in health with its interface with the technologies of relations in clinical care in mental health; and, to discuss the clinical practice in mental health in trespass of production of integral care. The methodology of qualitative research, inside an analytical-critical perspective is chosen as possibility of comprehension of social phenomena and its relations in context investigated. The subjects of study were 14 workers of health of a staff of CAPS from the municipal of Fortaleza/Ce, being used the interview semi-structured and the systematic observation to collect the data. The analysis of data was based on assumptions of critical hermeneutic analysis. The results revealed that the clinic sets in space of care conducting homogeneity into the elements that integrate or not the care in mental health, and the activities developed, the procedures implanted and accomplishes and, still, the knowledge put have in daily praxis its effective solubility. The therapeutic group approaches absorb the field of context contemplation in scenario when relate the clinic before the human subjectivity in search of a better adequate of life. The practices of works of CAPS inserted in context of spaces and scenarios of care in mental health of dialectic and historical mode. The process of work done in this field gets in through technologies and knowledge to consolidation of a change of realities and situations in accord the social and historical determinant. However, the psychosocial attention in its dimensions comes out the needs of intersectorial action. Thus, the CAPS need to incorporate and act in its role of manager and accomplisher of actions of mental health in territory. In territorial space the subject keeps his structures and coverings of attention that, though different, also reflects on supply of needs and demands of health of user at SUS.

Descriptors: Mental health; Integral care in health; Center of Psychosocial Attention

LISTA DE SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas
CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial – Infantil
CCS - Centro de Ciências da Saúde
CID - Classificação Internacional das Doenças
CMACCLIS – Curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
ESF – Estratégia Saúde da Família
GRUPSFE -Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem
NANDA – Associação Norte-americana de Diagnóstico de Enfermagem
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NOAS - Normas Operacionais de Assistência à Saúde
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF - Programa Saúde da Família
PTS - Projetos Terapêuticos Singulares
PVC - Programa de Volta pra Casa
RASM - Rede Assistencial de Saúde Mental
RT - Residências Terapêuticas
SAMU - Serviço Móvel de Atendimento em Urgência
SER – Secretaria Executiva Regional
SUS - Sistema Único de Saúde
UECE - Universidade Estadual do Ceará
UEFS - Universidade Estadual de Feira de Santana
UFF - Universidade Federal Fluminense
URCA - Universidade Regional do Cariri

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|-----|
| Figura 1 - Diagrama Teórico-Conceitual da Produção do Cuidado em Saúde: tecnologias e encontros..... | 36 |
| Figura 2 - Diagrama Teórico-Conceitual da Produção do Cuidado em Saúde: clínica em saúde mental e atenção psicossocial..... | 51 |
| Figura 3 - Diagrama Teórico-Conceitual da Produção do Cuidado em Saúde: o prisma invertido e a síntese do cuidado integral..... | 59 |
| Figura 4 – Pirâmide Populacional de Fortaleza | 63 |
| Figura 5 - Teia da Co-Gestão da Produção de Saúde no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza..... | 66 |
| Figura 6 - Rede de Proteção Social e de Assistência à Saúde Mental de Fortaleza..... | 68 |
| Figura 7 – Localização Geográfica (Secretaria Regional IV) do território da investigação..... | 73 |
| Figura 8 – Diagrama Empírico – Prática Clínica em Saúde Mental e a Transversalidade..... | 131 |
| Figura 9 – Diagrama Empírico – Trabalho em Saúde Mental no CAPS..... | 160 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro I – Grupos de Representantes para o Estudo..... | 72 |
| Quadro II – Representação dos trabalhadores de saúde participantes do estudo.. | 73 |
| Quadro III - Confronto dos depoimentos do Grupo I..... | 78 |
| Quadro IV - Confronto das unidades analíticas entre os Grupos I e II..... | 78 |
| Quadro V - Confronto das categorias empíricas do Grupo I..... | 79 |
| Quadro VI - Confronto das categorias empíricas entre os Grupos I e II..... | 79 |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| Resumo..... | 08 |
| Abstract..... | 09 |
| Lista de Siglas..... | 10 |
| Lista de Figuras..... | 11 |
| Lista de Quadros..... | 12 |
| INTRODUÇÃO..... | 15 |
| Aproximação ao Objeto de Estudo..... | 16 |
| Objeto de Estudo e Pressupostos Teóricos..... | 20 |
| REFERENCIAL TEÓRICO..... | 25 |
| PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE E SUA INTERFACE COM A PRÁTICA CLÍNICA EM SAÚDE MENTAL..... | 26 |
| Trabalho em saúde e a tecnologia das relações..... | 26 |
| Saberes e práticas em saúde mental: a clínica e a atenção psicossocial..... | 37 |
| Saúde mental como linha de cuidado..... | 51 |
| CAMINHO METODOLÓGICO..... | 61 |
| Tipo de Estudo..... | 62 |
| Campo empírico da pesquisa..... | 63 |
| Sistema Municipal de Saúde: atenção básica e saúde mental..... | 64 |
| Sujeitos da Pesquisa..... | 72 |
| Técnicas de Coleta de Dados..... | 74 |
| Caminho metodológico do estudo..... | 75 |
| Análise de Dados..... | 77 |
| COMPREENSÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE MENTAL NA PRODUÇÃO DO CUIDADO E TECNOLOGIA DAS RELAÇÕES: RESULTADOS..... | 81 |
| CATEGORIA I - A PRÁTICA CLÍNICA EM SAÚDE MENTAL NA TRANSVERSALIDADE DA PRODUÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL..... | 82 |
| Acolhimento e vínculo..... | 103 |
| Autonomia e responsabilização..... | 114 |

| | |
|--|------------|
| Resolutividade..... | 121 |
| CATEGORIA II – A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE E SUA INTERFACE COM AS TECNOLOGIAS DAS RELAÇÕES NO CUIDADO CLÍNICO EM SAÚDE MENTAL..... | 132 |
| Trabalho em saúde mental: compromissos e desafios..... | 137 |
| O trabalho como “prazer e paixão”..... | 147 |
| Integralidade da Atenção Psicossocial: caminhos e matriciamento..... | 149 |
| Dificuldades..... | 154 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 161 |
| REFERÊNCIAS..... | 170 |
| APÊNDICES..... | 185 |
| Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Trabalhadores de Nível Superior..... | 186 |
| Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Trabalhadores de Nível Médio..... | 187 |
| Apêndice C – Roteiro de Entrevista para os trabalhadores de saúde..... | 188 |
| Apêndice D – Roteiro de Observação no Campo..... | 189 |
| ANEXOS..... | 190 |
| ANEXO – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UECE..... | 191 |

INTRODUÇÃO

Aproximação ao Objeto de Estudo

A iniciativa em trabalhar a pesquisa sobre as práticas clínicas dos trabalhadores de saúde na produção do cuidado é atravessada por inúmeras situações vivenciadas, ao longo de uma trajetória de formação e aplicação profissional.

Durante o curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE) na cidade de Fortaleza, a participação no Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSE) determinou o ponto de encontro com a temática abordada.

Ao tempo da atuação profissional, os constructos teóricos e acadêmicos forneciam o suporte necessário para inserção no núcleo saúde mental propriamente dito, ou seja, o exercício da enfermagem num Centro de Atenção Psicossocial, por exemplo.

No entanto, há quem diga que o processo de viver é inerente à própria vida: dinâmico e imprevisível. A locação inicial deu-se num Centro de Saúde, que alguns chamavam de “PSF”, outros mais próximos de “PFS” e até quem extrapolasse a denominação “PFL”.

A angústia do enfermeiro egresso recentemente do campus universitário de um grande centro urbano se processava frente a uma experiência nova, desconhecida à época e distante de todos os laços afetivos possíveis, sentimentalmente expostos.

A principal pergunta era: “o que um enfermeiro pode fazer nesse negócio de PSF?” Talvez, na atualidade, esta não seja uma difícil indagação, porém há quase uma década, a estrutura funcional e operacional da estratégia Saúde da Família ainda não estava consolidada nas ementas e discussões da formação em saúde.

Entretanto, o território é realmente um campo fértil até mesmo para o aprendizado. Os saberes se entrecruzam, o orgulho se desmancha e a construção da prática se faz a partir da interação, da troca, do apoio e da experiência.

Aos poucos, percebe-se que em saúde não existe tanto limite como os tratados de patologia querem delimitar. O sofrimento, a dor, a solidão e a exclusão não encontram no “CID-10” ou na “NANDA” a definição exata de sua intensidade.

O trabalho vai emoldurando a prática. A percepção de que existe um sujeito que vive, que sente e que precisa ser acolhido de forma humanizada transcende o conhecimento fármaco-químico, embora dele necessite na busca de um protocolo vivo voltado para a defesa da vida humana.

A saúde mental se aproxima em uma velocidade extrema. Talvez nem se aproximasse se já estivesse internalizada na própria constituição daquele serviço, no caso o PSF. Na verdade, a consolidação das ações de saúde mental na atenção básica perpassa também pelas necessidades encontradas e percebidas pela própria rede básica e não somente, pela demanda do CAPS.

A interligação entre os serviços no município de Iguatu-CE, região centro-sul do Estado, era condicionada em amplos debates, reuniões e vivências operativas de todas as equipes do Programa Saúde da Família (PSF) nas dependências do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) daquele lugar.

As tensões físicas, psíquicas e administrativas eram dissolvidas na exposição de dificuldades, de experiências eficazes, de brincadeiras sutis, enfim de compartilhamento de opiniões, dificuldades e vitórias.

O tempo passa e a renovação cotidiana é exigida no modo de vida de cada trabalhador, pois a vida absorve “coisas” boas, expressas nos sorrisos, melhoras, abraços, coberturas e metas; e também nos momentos “intensos”, permeados por brigas, dificuldades, empecilhos, soberba, incompreensões e inércia.

O caminho nesse sentido sempre é o mesmo. A trajetória do trabalhador de saúde é definida pela sua relação consigo mesmo, no sentido subjetivo, dele para o sistema e dele para com o usuário. O sujeito (usuário) é a linha amarela no centro da estrada e por ela é visualizada a sinalização de ir mais adiante, de esperar ou de retornar.

A clínica praticada na inserção ao campo profissional a clínica do “dia-a-dia”. O fato era estar ciente ao amanhecer, de que a equipe estaria defronte a uma comunidade carente, com pessoas sem terem tomado sequer um café preto requentado, mas que estariam ali porque o agente de saúde havia dito que tinha que levar o menino para pesar e “isso era bom”.

As contradições dos manuais “ministeriais” determinando “coisas e mais coisas” eram visualizadas pelos mais leigos usuários do serviço. A tosse e a respiração nunca foram tão monitoradas. Ora “mas o que eu quero é um ‘vridrinho’ de amoxicilina para deixar guardado quando precisar”.

O profissional de saúde é um ser ético por definição. A atuação profissional que desdenha deste compromisso é condizente com a desorganização social e “lesa-pátria”. A

submissão perante a “onda” da receitinha, a “nova” do atende rápido e a concepção do “tô nem aí” é, no mínimo, uma ação irresponsável para com o sistema, o indivíduo e a sociedade.

A clínica tomada como prática financiável de valores escusos crucifica a vida de quem pouco a tem em todos os sentidos. O trabalho em saúde exige compromisso ético e moral.

O percurso de inserção profissional segue na atuação extra-horário num Hospital de Referência Microrregional. Nesse espaço foi possível vivenciar, muitas vezes, o momento em que o sistema quebra: a emergência. As agruras acumuladas, as demandas reprimidas, os acasos violentados chegam em “monte” nas filas das unidades concebidas como terciárias.

Ademais, na busca pelo conhecimento, decorre o ingresso na Pós-graduação *lato sensu* em Saúde da Família da UECE e no ensaio teórico desenvolvido voltado para a promoção da saúde mental, em que se intensificou na descrição de um corpo de trabalhadores: os agentes comunitários de saúde.

Os saberes e as práticas em volta da saúde mental coletiva eram permeados pelo sentido de atender primariamente em saúde. A organização dos serviços de saúde requisitavam uma constante (re)formulação de sua forma de operar o cuidado e a promoção da saúde em todos os momentos da atenção e da assistência.

Starfield (2002, p. 28)

Atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros.

Esta definição deveria estar impressa em letras grandes na porta de qualquer serviço de saúde do Brasil. O entendimento de Atenção Primária à Saúde (APS), em inúmeros momentos, confunde-se, exclusivamente, com a atenção desenvolvida pela rede básica de saúde. É evidente que a maioria das ações primárias em saúde estão priorizadas pela estratégia saúde da família, no entanto, não seria exclusivamente o local para a sua ocorrência.

Nesse entendimento, outros serviços precisariam também conceber a idéia de que não é preciso colocar “ferrolhos” em suas portas, definindo quem entra e quem sai. A realidade sócio-econômica e cultural do país ainda não propicia um entendimento comum, nem mesmo entre os trabalhadores da saúde na definição de um lugar certo para levar alguém que está com febre, por exemplo, por volta das 21hs.

O desajuste organizacional visualizado nas telas de plasmas digitaliza o sofrimento e a falta de acesso ao sistema único, público e universal brasileiro. Os departamentos de atendimento precisam deixar a fragmentação e a burocracia de lado e empunhar a prática clínica integrada, na perspectiva do planejamento, da organização, mas sem “arredar” a luta pelo fortalecimento da saúde neste país.

As experiências relacionadas com o objeto de estudo, ainda seguem na inserção no PSF do município de Itapajé-CE, região norte do Estado.

Em um novo cenário, é percebido que a integração entre a equipe era propiciada pela própria convivência diária, na qual as “léguas” tortuosas por entre as bananeiras da serra impunham uma interligação da equipe em seu próprio processo de trabalho.

O sentido da proposição, colocada há pouco sobre AP, atenta também para que a rede básica disponha de estrutura suficiente para atuar em alguns casos, em intervenções denominadas de natureza hospitalar. A disponibilidade de material e “vontade humana” não sobrecarrega as atividades precípuas do PSF pelo simples fato de realizar uma “sutura simples”, uma drenagem de um carbúnculo ou uma aplicação intravenosa mediada.

A vivência deste tipo de procedimento realizado na atenção básica, em especial no PSF, demonstrou a própria produção do cuidado: no acolhimento, vínculo, coresponsabilização e compromisso para com quem talvez precisasse percorrer infinitos quilômetros em busca de um atendimento hospitalar remoto.

No município de Pentecoste-CE, cidade próxima da capital, a integração ocorria pelo controle no atendimento hospitalar de forma singular produção do cuidado em saúde mental e epidemiológica. O usuário que necessitava de um procedimento simples não deixava de ser atendido, pelo contrário era encaminhado para a consulta e esclarecido sobre o próprio SUS e o papel de cada unidade instalada na assistência para com a população.

A imposição de determinações não precisa ocorrer com a justificativa de estratificação da demanda. A orientação com responsabilidade, a confiança na escuta e no diálogo promovem a educação e a conscientização da população adscrita, e ainda (re)organiza de forma direta os procedimentos específicos.

A subjetividade humana transcende as delimitações ordinais e sectárias do conhecimento humano. A prática clínica, os saberes e os paradigmas da assistência em saúde são transversalizados pelo campo da saúde mental.

Nessa perspectiva, o acúmulo de experiência na práxis e a busca constante por mudanças, e, logicamente, a aprovação em concurso público para Professor do Departamento de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri – URCA insere um novo horizonte: a docência e o desenvolvimento da discussão sobre clínica e saúde na região sul do Ceará.

A partir das reflexões integradas com os alunos, a manutenção de projetos de intervenção, a condução pedagógica de vários cursos no processo permanente e de capacitação especializada, delineia-se a necessidade de adentrar no Mestrado acadêmico como forma de entender melhor o processo de cuidar, as relações e as práticas. Tal feito ocorre e se constitui formalmente na presente investigação.

Objeto de Estudo e Pressupostos Teóricos

A presente investigação tem como objeto de estudo a análise da produção do cuidado em saúde mental, tomando como recorte a prática clínica operada pelos trabalhadores do CAPS na Cidade de Fortaleza-CE.

O processo de construção social das práticas em saúde é definido pela dialética transformação das realidades, conjunturas e ambientes em que a produção do cuidado está sendo operada, dinamicamente, e sob atuação de vários trabalhadores sob uma lógica produtiva determinada macro e micro politicamente.

Acrescenta Barembritt (1996) que o relacionamento humano social mantém uma complexidade não atingível pelo formato limitado da produção do conhecimento tradicional, e que esta precisa se intensificar para potencializar a compreensão do fenômeno de forma significativa.

O conhecimento da forma como são operadas as relações entre os indivíduos em sociedade, principalmente no modo de produzir seus atributos de suprimento para necessidades comuns, é uma forma de obter condição privilegiada na definição de papéis e funções na sociedade. Tal fato deve-se pela própria divisão social do trabalho, em que aqueles que detêm a consciência crítica sobre o fazer, obtêm o poder gerencial da ação e, por conseguinte, a autoridade instituída sobre a alienação.

As organizações sociais e seus integrantes, ou seja, os coletivos têm perdido o saber acerca de sua própria vida. A alienação se faz nesta perda do saber acerca de suas reais necessidades, de seus desejos, de suas demandas, de suas limitações e das causas que determinam suas necessidades e limitações (BAREMBLITT, 1996).

A análise da organização social é a verificação em cada instituição da forma de intervenção e o delineamento explícito da ação instituinte e organizante. A transversalidade considera as dimensões instituintes que se manifestam na sociedade, voltadas para a transformação social e a ruptura com a dominação, exploração e a mistificação.

A preparação de dispositivos e a construção dos analisadores da organização social frente às demandas atendidas, definem-se na necessidade de obtenção das informações e descrição sobre o processo. No entanto, a indução de respostas sobre o contexto investigado não deve ser buscada, mas sim, a produção da auto-análise. O dispositivo deve ser apenas um propulsor dentro da organização, para que novos analisadores possam emergir e favorecer a constituição de novos contratos e intervenções (BAREMBLITT, 1996).

O processo de trabalho das equipes de saúde circunda o objeto de intervenção das práticas em saúde, que é definido pela ótica hegemônica por um lado, e também, pela propulsão paradigmática, do outro.

Na prática cotidiana, o agir em saúde apresenta tensões na sua fabricação e operação. A primeira tensão diz respeito ao próprio território como espaço de disputas, contradições e conformações de interesses, políticas e hegemonias dos diversos sujeitos do processo. Em seguida, tem-se que a micropolítica do trabalho em saúde constitui-se a partir do trabalho vivo em ato e dependendo do modelo condutor, pode estar aberto ou não a novos dispositivos de subjetivação. Por último, as organizações compilam um tenso espaço pela própria existência no cenário produtivo, e o auto-governo muitas vezes condiciona-se por interesses e modelos tecno-assistenciais específicos (MERHY, 1999).

Na mesma perspectiva, o processo de transformação no campo da saúde mental decorre de uma longa construção histórico-social. A distinção principal desta evolução temporal perpassa pela prática assistencial empreendida. O modelo hegemônico manicomial é contraposto por uma nova forma de pensar e de agir direcionada à desinstitucionalização da assistência.

O paradigma da atenção psicossocial procura construir um novo espaço social, possibilitando o resgate da cidadania e o suprimento das necessidades de saúde do sujeito em sofrimento psíquico. Assim, contextualizar sócio-historicamente e em ato as práticas dos trabalhadores de saúde mental na operação da produção do cuidado no CAPS, proporciona o debate, a contraposição, a análise e a compreensão crítica das atividades empreendidas e promove a re(elaboração) dos sentidos e significados deste contexto laboral.

A prática clínica torna-se relevante socialmente pela própria constituição de valores e também na organização dos serviços de saúde mental no SUS, já que a reforma psiquiátrica no Brasil vem se conformando por meio da intensificação das ações mobilizadas pelos trabalhadores, instituições e usuários na luta constante por melhores condições de atenção e assistência em saúde mental.

O modelo assistencial reformista está baseado na superação do isolamento e na vida plena em sociedade e preconiza a concepção de transtorno, disfunção e/ou sofrimento psíquico como um estado ou período de evidenciação de sinais e sintomas específicos da mente, passíveis de intervenção terapêutica e de cooperação mútua (AMARANTE, 2000).

O projeto terapêutico com foco no sujeito direciona uma conduta voltada para a habilitação deste indivíduo, no sentido de interagir com o mundo ao seu redor. Os valores e princípios pessoais condensados na vivência social dinamizam o comportamento humano, a percepção sobre si mesmo e a inter-relação sócio-familiar. A prática antimanicomial e a reabilitação psicossocial ampliam o espectro clínico para a dimensão subjetiva e assim delineiam o caminho essencial para efetivar suas ações.

Dessa forma, a assistência em saúde mental procura construir um novo modelo terapêutico, baseando-se na ampliação da clínica e no enfoque do sujeito-usuário. O acolhimento no território emerge na formação do vínculo e pela co-responsabilização na busca da resolubilidade das necessidades de saúde. A escuta proporciona a evidência dos problemas reais e a criação de possibilidades no convívio com o sofrimento psíquico e suas relações sócio-culturais (AMARANTE, 2007), na perspectiva de construção do cuidado integral.

Portanto, o cuidado integral favorece uma multidirecionalidade nas abordagens empreendidas. As ações convergem na busca de dar ao indivíduo uma plenitude de soluções capaz de torná-lo ativo, digno e livre (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Assim, o processo de trabalho em equipe favorece o fortalecimento da atenção psicossocial, pois todo o processo fertiliza os espaços para o surgimento da ação interdisciplinar. A diversidade proporcionada por cada núcleo específico de saberes, ciências e profissões intersecciona-se na indução de uma busca integral do agir em saúde (MATTOS, 2004).

A organização dos serviços de saúde mental sugere uma perspectiva humanizadora das relações na produção do cuidado. A fragmentada prática assistencial

sucumbe às possibilidades de autonomia do usuário frente a seus déficits e também às oportunidades terapêuticas a serem disponibilizadas no campo prático profissional.

A fragmentação do cuidado e a desresponsabilização pelo usuário são constituídas pela condição estática e departamentalizada do processo condutor da terapêutica e constituem um empecilho ao desenvolvimento da conduta autônoma (CAMPOS; AMARAL, 2007).

O posicionamento ético e crítico do trabalho em saúde pode ser construído a partir das relações cotidianas que se dão no campo prático, a partir da interação entre os pares, os usuários e o próprio sistema de saúde.

A disponibilidade para possibilitar novas atitudes frente às necessidades de saúde encontradas no território condiciona uma postura frente ao modelo de gestão do cuidado, assim como uma abordagem clínica diferenciada pela evocação do sujeito.

Em contraposição, apresenta-se a clínica do sujeito como requisito para a prática, em que o diálogo deve dar-se na própria rede de cuidados de saúde mental, no sentido de favorecer a autonomia do usuário (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Nesse paradoxo da clínica, muitas vezes a alternativa terapêutica oportunizada pelos serviços de saúde mental aos seus usuários limita-se à terapia medicamentosa e a uma internação de vez em quando. O trabalho da equipe, determinadas vezes, ajuda a dissociar ainda mais o sujeito em sofrimento, pois se apresenta fragmentado e departamentalizado por cada núcleo profissional (CAMPOS, 2001).

Para tanto, a rede de atenção em saúde mental precisa alocar diversos trabalhadores em um cenário ativo, em que a construção de alternativas para o resgate da cidadania e do estado de saúde efetive-se através do cuidado integral. As ações pontuais e limitadas fogem do universo multidisciplinar, pois as relações de equipe, usuários e sistema de saúde devem problematizar as questões inerentes ao desenvolvimento de uma prática saudável e resolutiva (LACERDA; VALLA, 2006).

O posicionamento frente às diversas formas excludentes de atuação assistencial, e a elaboração de todo um processo transformador e emancipatório das práticas clínicas, na saúde mental, requisitam do trabalhador de saúde mental uma auto-análise de sua posição ético-política na efetivação da defesa da vida.

Diante do exposto, o presente estudo aponta a seguinte questão condutora de todo o processo de investigação: **Como é produzida a prática clínica dos trabalhadores do CAPS de Fortaleza-CE, a partir da produção do cuidado em saúde mental?**

No sentido de estruturar a discussão teórica e também de explicitar a formulação teórico-metodológica adotada, formulam-se os seguintes **pressupostos teóricos**:

1º Pressuposto – A produção do cuidado operado na atenção básica e nos Centros de Atenção Psicossocial está delimitada pelo modelo médico-centrado, no qual a objetivação do sujeito determina-se pela necessidade de cura e de redução do risco à saúde. A configuração deste processo se dá pela concepção dialógica da “doença-cura” na forma positivista de ser-existir (causa-efeito), numa perspectiva biologizante.

2º Pressuposto – O processo de trabalho empreendido pelas equipes de PSF e CAPS inseridas no Sistema Único de Saúde (SUS) estão delineadas na práxis pela fragmentação do cuidado clínico. Os elementos da clínica que consolidam a integralidade do cuidado estão subtraídos da lógica de atendimento e atenção à saúde mental no CAPS.

Nesse sentido, elaborou-se os objetivos da pesquisa:

- Compreender as práticas de saúde mental na produção do cuidado, envolvendo tecnologias de relações construídas pelos trabalhadores e usuários dos CAPS de Fortaleza-CE;
- Analisar a organização do trabalho em saúde e suas interfaces com as tecnologias de relações no cuidado clínico em saúde mental;
- Discutir a prática clínica em saúde mental na transversalidade da produção do cuidado integral.

REFERENCIAL TEÓRICO

PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE E SUA INTERFACE COM A PRÁTICA CLÍNICA EM SAÚDE MENTAL

Trabalho em saúde e a tecnologia das relações

O resgate da prática clínica na dimensão produtiva dos atos de saúde proporciona o debate em torno das concepções e papéis de cada elemento constitutivo do processo de cuidar em saúde mental.

A condição humana requisita a perpetuação do existir. As estratégias ou mecanismos de manutenção da vida estão condicionados pelo contexto vivenciado, de um lado; e, por outro, com quem, singularmente, a mantém.

Arendt (2007) coloca que a condição humana compreende algo mais que as condições na qual a vida foi dada ao homem. O condicionamento humano se dá a partir da sua existência e do contato do mundo com ele mesmo. O mundo deve ao homem a condição de existir e o condiciona numa relação de co-existência.

A provisão de cuidados almeja dar ao ser humano condições próprias de habilitar-se na condução de seu viver. Os requisitos necessários para a existência humana têm um caráter complexo e segmentado, já que, as necessidades humanas partem da sobrevivência básica até a plenitude do prazer.

As limitações impostas ao corpo, organicamente, traduzem-se em morbidades e doenças advindas da degradação, também, inerente à dinâmica da vida em sociedade. As intervenções direcionadas a elucidar estes processos mórbidos ou deficitários tentam manter a fisiologia sistêmica e a recomposição tecidual e corporal.

No entanto, a delimitação do corpo e de seus processos de vida e não-vida parecem não apresentar uma cartografia definida para ações específicas em cada uma das dimensões do existir humano.

A vulnerabilidade em uma situação de doença é concebida como sentimento de ameaça da perda da autonomia por parte do sujeito, sob pressão da doença, da família e das relações e conseqüências decorrentes de seu sofrimento (PETTENGILL; ANGELO, 2006).

O sofrimento, a dor, a doença e a morte remetem-se ao ser em vida. As condições impostas por sua natureza interligam-se às suas dimensões bio-psíquicas e à forma como interage com o mundo e com pessoas que nele vivem.

A clínica concebida como um dispositivo da prática médica em intervir na doença, por um lado, limita-se a preceder condições ou a buscar a reminiscência em sua anamnese unilateral. O espectro biológico na efetividade patológica orgânica adere à resolução impetrada pelo diagnóstico e pela prática heterônoma.

Por outro lado, em sua ampliação e horizontalização, a clínica inserida na dimensão cuidadora integral, torna-se dispositivo para a resolubilidade da atenção em saúde.

A intensificação do encontro entre os sujeitos da prática clínica, ou seja, o trabalhador de saúde e o usuário ou paciente possibilita a formação de vinculação entre eles. A potência deste encontro é resultante das trocas empreendidas relacionalmente e favorece a busca efetiva de soluções para manutenção da vida.

Portanto, a atenção à saúde, conforma-se a partir de um estágio técnico-assistencial, em que os encontros singulares, as disputas e os acordos entre indivíduos e grupos com suas necessidades de saúde, mediados pelos espaços institucionais, incluem a operação, os modos de saber e fazer saúde (MERHY, 2006).

A conformação das redes de cuidado e a própria organização dos serviços de saúde seguem uma lógica macro-estrutural em que as valises político-jurídicas direcionam as ações, intervenções e funcionamento dos diversos segmentos sistêmicos.

No entanto, é a partir da relação dual, que a fundamentação da práxis do cuidado incorpora a magnitude do cuidar. A clínica faz-se como instrumento para o contato e compreensão humana. O jogo estratégico é a busca por caminhos e possibilidades de vida no mundo. A forma como se efetivam essas trocas dinamizadas pelas relações de poder, configura o potencial de integralidade da assistência e, por conseqüência, do modelo de atenção.

A singularidade de cada indivíduo define o papel único do agir em saúde. O protocolo da atitude clínica deve permear estas peculiaridades, semelhanças e contrastes. A aproximação do objeto da clínica, agora, o sujeito, requisita a habilidade de aceitar-se parceiro na construção de um projeto terapêutico comum.

Segundo Merhy (2006) é fato que podem ocorrer situações nas quais as lógicas de contratualização privilegiem certos atores em relação a outros, sem que percam suas identidades situacionais pelo fato de estarem nesta interação.

A análise do modo de cuidar em saúde deve superar a visualização apenas do consumo direto dos atos ofertados e direcionar o olhar investigativo para compreensão das necessidades de saúde dos sujeitos em seu território.

A situação de necessidade de atendimento em saúde transforma-se em uma relação de instituição de poderes que, por vezes, nega a condição de sujeitos sociais ao dar prevalência à tecnocracia das especialidades e possível bloqueio no acesso de quem mais precisa.

Pinheiro et al (2005) inserem a discussão sobre a oferta de serviços e a demanda de necessidades em saúde. A análise proposta evita dividir as categorias citadas por impedir a relação/interação entre si, sobressaindo dos aspectos dicotômicos e estáticos impostos pela lógica econômica.

A perspectiva econômica criticada na relação evitada há pouco, assenta-se na concepção de consumo que coloca de um lado os usuários na condição de consumidores (demanda) e, em outro, os serviços de saúde com seus respectivos componentes (profissionais de saúde). Assim, desloca-se todo contexto no qual estão inseridos os sujeitos envolvidos (PINHEIRO, 2006).

Transpor a dicotomização desta relação requisita a utilização de modelos assistenciais voltados para o cuidado integral do indivíduo em todas as dimensões. A possibilidade única de identificação dos problemas de saúde remete a um modelo reducionista de atenção e não supre as reais necessidades de saúde do cidadão.

As necessidades de saúde inseridas na concepção central da prática do cuidado a ser efetivado são capazes de ampliar a definição de integralidade assumida nos serviços. Perceber tais necessidades evidencia a potencialidade nos trabalhadores, equipe, serviços e redes de fazer a melhor escuta das pessoas que buscam o atendimento (CECÍLIO, 2006).

O entendimento da demanda como necessidade expressa a dimensão visível e real do sofrimento humano e do direito da pessoa à saúde. A constituição de novas estratégias no cuidado integral interpela a transformação das práticas profissionais e da própria organização do processo de trabalho por meio da problematização e da capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

As necessidades de saúde estão contextualizadas no modo de vida de cada sujeito. A condição de vida, o direito à singularidade, o direito às tecnologias de melhoria da vida, o

acolhimento e o vínculo na construção da autonomia são características, muitas vezes, mais amplas do que os espaços de intervenção das redes de cuidado em saúde. Cabe assim, conceber, o ato de saúde como intersetorial, já que, na busca pela resolubilidade, o encontro de vida se dá, às vezes, no mundo vivido.

Mattos (2005) afirma que a integralidade das práticas dos profissionais de saúde envolve o esforço de compreensão do sofrimento (vivido ou antecipado) causado pela doença no modo de andar a vida de cada sujeito, assim como a compreensão do significado das propostas terapêuticas e ofertas de tecnologias neste mesmo contexto. A conduta não deve decorrer dos protocolos, nem da unilateralidade e, sim, dos diálogos entre o técnico (saber) e a compreensão da singularidade ou coletividade (usuário).

Nesse sentido, reduzir a capacidade da clínica em atitudes incidentais ou pontuais é dar-lhe um caráter procedimental e limitado. A ampliação da clínica está associada também a um aumento das caixas de ferramentas inseridas na produção do cuidado em saúde. A potência das ferramentas utilizadas será definida pelas necessidades e pela amplitude ou não de tais instrumentos.

Merhy (2006) refere que os profissionais de saúde atuam de modo significativo em relação à determinação da forma de representação dos usuários sobre suas necessidades. O fato ocorre devido ao poder detido por tais profissionais no que concerne ao conjunto de saberes e ao próprio modo de fazer saúde, o que faz condicionar ou não a centralização do usuário no processo de cuidar.

Os serviços de saúde estão organizados sócio-historicamente, e por isso, incorporam, em sua dinâmica operacional, a condição de instituição base, em que a prática se dá na evidência do poder nas relações, encontros e interações.

A abertura das organizações de saúde no sentido de deixar as sensibilidades, o desejo e as necessidades dos usuários penetrarem em todos os espaços, favoreceria a pressão junto ao trabalho de saúde exercido naquele ambiente, resultando, assim, na interferência da sociedade na vida interna do serviço e/ou instituição (CAMPOS, 1994).

A prática clínica insere-se na dialética da relação exercida entre os trabalhadores de saúde e usuários no paradigma da transformação do modo de fazer saúde. A ressignificação do cuidado e de seus dispositivos perpassa pela consciência de cada sujeito em sua contemporaneidade absoluta ou relativa.

A luta pela democratização das ações de saúde e pela construção de sujeitos coletivos que exerçam o papel controlador e regulador da atenção à saúde é relevante, porém, torna-se insuficiente, já que, por vezes, delimita-se a ordem jurídico-política e deixa-se de lado a relação micropolítica do olhar subjetivo, do encontro singular e do encontro solidário.

A renovação da atitude clínica incorporada à lógica da produção do cuidado em saúde caracteriza-se por contradições e conflitos plenos, e a utópica superação se dá na construção da autonomia e da própria resolutividade.

O planejamento efetivo das ações de saúde sustenta-se nas diversas possibilidades e tendências de trabalho e intervenção. A natureza dinâmica e dialética tende a impedir ou não a normatividade imposta por saberes, instituições e poderes. O conflito permitido é fomentado no favorecimento das trocas de experiências, anseios e vontades que regem a subjetividade humana e social (GUIZARDI, PINHEIRO, 2006).

Assumir a concepção dinâmica das ações de saúde parece ser redundante ou até mesmo evidente. Porém, é preciso externar esta forma de pensar e de definir, pois no campo da saúde a conjuntura vivenciada nos espaços difere da forma idealizada em que a prática integral requisita em seus pressupostos teóricos.

Ayres (2001) explicita a necessidade de transformação das concepções constituídas a partir do agir em saúde. O ato precisa se afastar do cumprimento de uma intervenção e propiciar a aproximação de uma noção mais ligada ao cuidado. Tal premissa se faz presente, pois o modelo de intervenção submete o objeto (sujeito, “paciente”, família, entre outros.) ao poder-técnico (interventor) e desnuda a singularidade de cada indivíduo.

A integralidade exige a subjetivação dos indivíduos envolvidos no processo de cuidar. A recusa à objetivação é a transposição da linha direcionadora da prática. O cuidado integral teria que favorecer o surgimento da relação e da troca.

O referencial transversal para a integralidade implica o reconhecimento da autonomia e da singularidade dos múltiplos pólos da relação. O espaço público proporciona o encontro do profissional/serviço com seu outro, usuário/comunidade e nesses encontros “concretos” re-significam e consolidam as práticas, ensejam a qualidade do outro ou favorecem a inovação das instituições (GUIZARDI, PINHEIRO, 2006).

As relações estabelecidas no processo de troca evocam sentimentos voltados para o recebimento, aceitação e retribuição. O surgimento do vínculo floresce a partir deste cenário solidário entre os sujeitos.

Na provisão do cuidado, o Estado segue a natureza mercadológica ao instituir uma produção desprovida de valores e significados. Como resultado desta lógica mercantil, os serviços de saúde se esvaziam dos mecanismos de solidariedade e propiciam a anulação da formação de vínculos (GUIZARDI, PINHEIRO, 2006).

O modo de cuidar se re-elabora na práxis, numa constante metamorfose instituída pela condição subjacente dos sujeitos, serviços e sistemas, assim como relativizado e, por vezes, adulterado pelas nuances singulares de cada momento vivenciado.

Na busca do entendimento do objeto do campo da saúde, concebe-se que o mesmo não é a cura, ou a promoção e a proteção da saúde, mas a produção do cuidado. Por meio deste processo produtivo é que se podem atingir os objetivos de fato requeridos que são: cura e saúde (MERHY, 2002b).

Assumindo a concepção e entendimento sobre o conjunto de saberes como caixas de ferramentas para a produção dos atos de saúde, é sabido que quanto maior essa composição, maior será a possibilidade de resultados em torno do cuidado. Por outro lado, nem sempre a produção dos serviços de saúde no âmbito de algumas instituições e ou organizações está objetivando a conquista de resultados como cura, promoção e proteção (MERHY, 2002b).

Merhy (2002b, p. 119) destaca as principais tensões nos processos de produção da saúde:

[...] a lógica da produção dos atos de saúde como procedimentos e a da produção dos procedimentos como cuidado. [...] por exemplo, a tensão dos modelos médicos centrados em procedimentos, sem compromissos com a produção da cura; [...] a lógica da produção dos atos de saúde como resultado de ações de distintos tipos de trabalhadores para a produção e gerenciamento do cuidado [...] por exemplo, as ações de saúde enfermeiro-centradas ou médico-centradas, sem ação integralizada e unificada em torno do usuário [...]

O enfoque da atuação produtiva deve permitir a possibilidade do ganho de autonomia do usuário na escolha pelo modo de andar na vida. Contraditoriamente, a produção da saúde pode inverter este caminho, favorecendo um modelo voltado para o procedimento, que termina a ação de saúde ao final de um ato isolado decorrente da solução de um problema orgânico (MERHY, 2002b).

O direito do usuário é a satisfação de suas necessidades. A crise enfrentada pelo sistema de saúde em relação ao excesso de reclamações, denúncias e insatisfação por parte dos usuários diz respeito, principalmente, à falta de atenção, de responsabilização, e de interesse para com suas angústias, inseguranças e temores.

A dimensão cuidadora dos atos de saúde é constituída de território integrado que contém e mobiliza, ao mesmo tempo, os saberes e modos de agir de cada núcleo (problema-profissional-atividades cuidadoras) que co-existem na produção dos atos de saúde (MERHY, 2002b).

A diferença na abordagem terapêutica empreendida é vivenciada, ao longo da relação trabalhador de saúde/usuário e percebida, principalmente, nos momentos em que a busca por alternativas e/ou caminhos de apoio, ajuda e compreensão é requisitado e necessário.

Na prática individual em que o ato/procedimento é soberano, o núcleo específico do saber profissional opera de forma a subordinar a dimensão cuidadora a um plano complementar e irrelevante. Tendo em vista que a prática médico-centrada expressa a diminuição desta dimensão voltada para o cuidado, os outros núcleos profissionais aliados, nessa ótica, tendem a consolidar um núcleo cuidador também empobrecido (MERHY, 2002b).

Os modos tecnológicos de atuar em saúde seguem uma trajetória definida pela disputa entre as forças sociais confrontadas, a partir do interesse individual comum de cada modelo assistencial. O modelo médico-hegemônico precipita a utilização de tecnologias duras e submete outros núcleos de saberes a impulsionar seus atos para a perspectiva singular e restrita do problema do usuário.

O núcleo cuidador de todos os atos de saúde favorece a ampliação das condutas terapêuticas, a centralização no usuário, a relação entre os diversos núcleos profissionais, e o surgimento de um espaço intercessor, ou seja, nas relações do trabalho em equipe. Todo e qualquer profissional de saúde na medida em que produz atos de saúde, “vivos em ato”, é também um produtor de cuidado (MERHY, 2002b).

O trabalhador de saúde e o usuário efetivam o encontro no interior do processo de trabalho em saúde, em que, a clínica dirige-se à produção dos atos de cuidar. O espaço intercessor só existirá nesses encontros e em ato (MERHY, 2002c).

A produção do cuidado faz emergir um espaço de interrelação trabalhador de saúde/usuário, mediado por tecnologias, mas que supera a objetivação destas e permite a construção de intersubjetividades afluentes de uma sabedoria prática (AYRES, 2000).

É fato prevalente na atual conjuntura, a forma como ocorre a produção de saúde. O uso de tecnologias duras (equipamentos, instrumental, etc.) é evidenciado de forma superior

às outras tecnologias leve-duras (saber técnico) e leves (relacional) na linha produtiva do cuidado (MERHY, 1997).

A organização das práticas de saúde e o campo relacional na produção do cuidado com ênfase nas tecnologias leves possibilitam a forma efetiva e criativa de manifestação da subjetividade do outro, a partir dos dispositivos de acolhimento, vínculo e responsabilização contidos nessa organização da assistência à saúde (AYRES, 2004).

Os espaços do cuidado se renovam por meio da rede de serviços de saúde e da mudança de um comportamento terapêutico hospitalocêntrico, definido principalmente pela internação hospitalar, e se volta também para outros contextos como o domicílio, por meio de atendimentos contínuos aos portadores de doenças crônicas, bem comuns, na rede de atenção básica (SILVA JÚNIOR; PONTES; HENRIQUES, 2005).

March; Fernandez; Pinheiro (2005) afirmam que a integralidade será alcançada pela demanda reconfigurada na atenção à saúde. Esta mudança reflete uma nova estruturação dos elementos integrantes da rede de cuidados no Sistema Único de Saúde (SUS), tanto as Unidades de saúde (Posto de Saúde, Policlínicas, Ambulatórios, Posto de Coleta de Exame, Unidades de apoio diagnóstico, hospitais, etc.), como a própria supervisão, coordenação e gestão.

As contradições e dilemas enfrentados na assistência à saúde, como um todo, refletem a fragilidade das investidas sociais voltadas para o controle e avaliação processual produtiva. A fragmentação ou divergência no ato de cuidar precisa ser submetida à apreciação do sujeito. Para tanto, ele deve estar consciente de seus direitos e responsabilidades em relação ao cuidado e à vida.

Pinheiro; Ceccim (2005) colocam que a integralidade não contém uma verdade da atenção, gestão, participação e formação em saúde. A prática integral só se torna eficaz em relação ao cuidado, quando usuários e populações se sentem cuidados pelos profissionais e pelo sistema de saúde disposto.

As possibilidades abrem-se na medida em que os pólos (sujeito-usuário/sujeito-trabalhador) identificam seus papéis e responsabilidades para com o processo de cuidado. Essa consciência parte das vivências, dos saberes, das trocas e da iniciativa na construção de sistema de saúde direcionado para a manutenção da vida.

O caminho para a construção de uma alternativa ou até mesmo a consolidação de um modelo assistencial direcionado para a resolução das necessidades dos sujeitos precisa

explorar as tensões existentes nestes espaços, o plano micropolítico do cotidiano das unidades de saúde e criar novas forças instituintes nas formas de produzir saúde (MERHY, 1997b).

A utilização de um fluxograma analisador proposto por Merhy (1997), frente às ações de saúde empreendidas no cotidiano dos serviços de saúde, proporciona a reflexão teórica sobre os ruídos inseridos na prática do cuidado. Esses ruídos podem ser descritos a partir da capacidade de ouvir o usuário e acolher a demanda; capacidade de articular conhecimentos gerais e especializados na investigação dos problemas; e o projeto terapêutico individualizado e as tecnologias em saúde (SILVA JR; MERHY; CARVALHO, 2007).

A necessidade de ampliação da capacidade de escuta, na própria clínica, disponibilizando um sentido humanizado do atendimento, acolhendo os sofrimentos individuais, traduzindo-os em dimensões físicas, psíquicas e sociais torna possíveis as ações/intervenções integradoras de todas estas dimensões (CAMPOS, 1992).

A dificuldade na articulação dos conhecimentos técnicos nas equipes de saúde dificulta o encontro de soluções e/ou investigações integradas sobre os problemas a serem enfrentados na prática cotidiana. A incapacidade de produzir núcleos comuns de discussão acaba por produzir visões fragmentadas e desfocalizadas da integralidade do paciente (SILVA JR; MERHY; CARVALHO, 2007).

Dessa forma, a formação das profissões de saúde, por um lado, enfatiza o modelo de vigilância à saúde, em que cada setor ou área do conhecimento é departamentalizado, a partir de teorias, construtos teóricos, dentre outros, sempre focalizando o processo de adoecimento e/ou cura para subsidiar a prática. Por outro lado, os trabalhadores de saúde que não obrigatoriamente fazem parte do corpo acadêmico e/ou técnico-científico das ciências da saúde apresentam-se no processo de acolhimento em condições subalternas na condução do usuário em sua entrada para com o serviço, refletindo, muitas vezes, a mesma lógica determinista da causa-efeito do adoecer-curar.

A capacitação e a educação permanente da força de trabalho em saúde aliadas as outras iniciativas do campo do trabalho em saúde precisam direcionar o aprendizado para a inserção de temáticas voltadas para os saberes relacionais (leves), já que favorece não somente a inserção do usuário, mas a própria dinâmica de trabalho das equipes de saúde.

O sofrimento e o adoecimento, tomados numa dimensão individual, são experiências singulares e pessoais. Os sujeitos buscam na medicina o caminho para solucionar seus problemas e embora este seja o trajeto de primeira escolha, os profissionais parecem

ainda não ter uma formação adequada para lidar com esse tipo de questão (LACERDA, VALLA, 2006).

O indivíduo sob sofrimento precisa de alívio e consolo de suas atribuições e fatores estressantes para que possa traçar uma nova forma de interagir com o mundo e com seu próprio existir. No entanto, tal sujeito depara-se com práticas reduzidas e compactadas ao processo saúde-doença e adoecimento.

O ato de cuidar inclui a compaixão, a solidariedade e o apoio mútuo e, assim, pode contribuir para o alívio do sofrimento e ajudar na construção de novas perspectivas para enfrentar os problemas cotidianos do indivíduo (BOFF, 1999; LACERDA; VALLA, 2007).

A (des) organização social que pode ser relacionada com o desenvolvimento do adoecimento e do sofrimento, ou seja, com as condições de saúde de cada pessoa, emite respostas diferenciadas a partir de cada individualidade, decorrente da capacidade singular de cada sujeito em lidar com tais pressões sociais (LACERDA; VALLA, 2006).

O cuidado como prática terapêutica não objetiva apenas a cicatrização das feridas, a eliminação dos patógenos e a cura da doença. A terapia pode até se deparar com a impossibilidade da cura, mas nunca com a impossibilidade do cuidar.

A atitude do cuidado implica acolhimento, solidariedade e compaixão. Na relação do cuidador e da pessoa que recebe o cuidado brota a interação, a troca e o respeito entre os diversos saberes envolvidos. Por exemplo, a homeopatia, o apoio social, e outros recursos, propiciam o acolhimento dos sujeitos e chegam a aliviar o sofrimento. No entanto, o estímulo da consciência crítica e a autonomia do indivíduo em sofrimento permitem-lhe que restaure ou afirme os seus sentidos e significados frente às experiências da vida (LACERDA; VALLA, 2006).

A busca por práticas integrais no seio dos centros formadores e de pesquisa, nos serviços, na comunidade, enfim na conjuntura de atenção à saúde é percebida como um indicador que possibilita a exposição das necessidades suprimidas por um modelo que apenas medicaliza e não dimensiona amplamente suas ações e/ou intervenções.

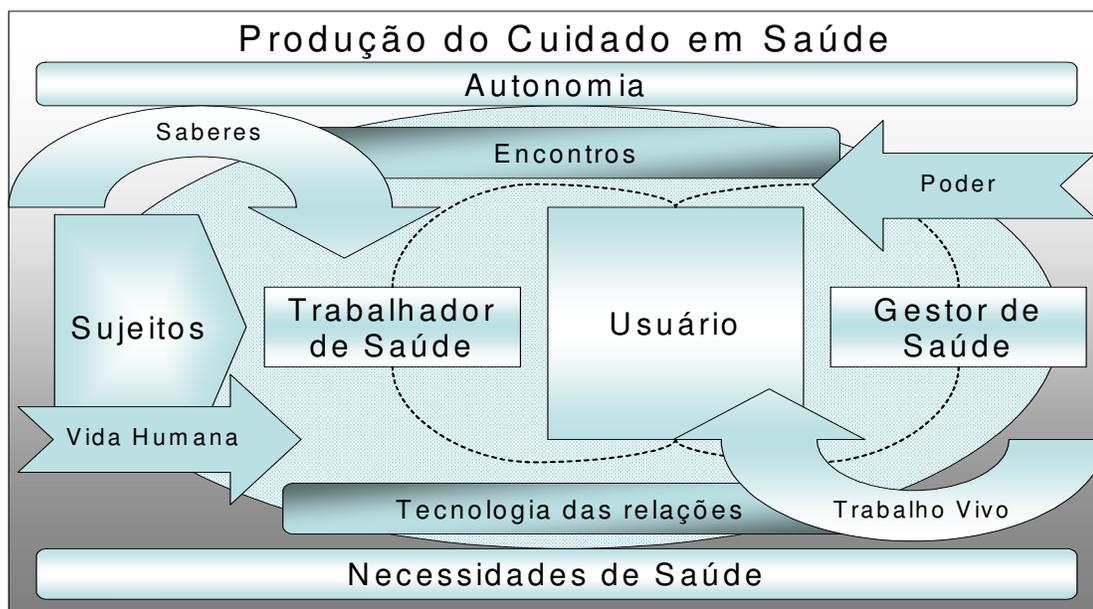
O sofrimento psíquico e as práticas terapêuticas integrais se correlacionam de maneira imediata, pois a complexidade do adoecer e do desequilíbrio da mente requisita uma abordagem extensa e intensa no favorecimento da recuperação e condução da vida comum.

A integralidade ultrapassa os limites oficiais da prática profissional registrada. Os saberes podem ser emitidos a partir de vários sujeitos na produção do cuidado integral. O trabalho do agente comunitário de saúde, por exemplo, configura um cotidiano pertencente à troca de experiências e vivências do processo relacional entre equipes e usuários para finalizar o alívio do sofrimento dos indivíduos de sua comunidade.

O agente comunitário de saúde tem sua atenção sob a forma de cuidado, a partir do acompanhamento de sujeitos doentes ou não, e passa a auxiliar na recuperação e promoção da saúde, assim como no aumento da auto-estima e da dignidade pessoal, trazendo um ganho excelente para com o aspecto relacional equipe-usuário (VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2005).

O conhecimento dos problemas e do próprio contexto da comunidade pode trazer benefícios no processo de cuidar, e ser um referencial para todos os trabalhadores de saúde em suas práticas diárias. A distância física ou simbólica do território por parte de alguns sujeitos (profissionais centrados) delinea uma prática medicalizante da vida social (VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2005).

Figura 1 - Diagrama Teórico-Conceitual da Produção do Cuidado em Saúde: tecnologias e encontros.



A análise do processo de trabalho em saúde é necessidade comum para o entendimento do modo de cuidar das pessoas. Nessa iniciativa, é necessária a compreensão dos núcleos de intervenções tecnológicas (duras, leve-duras e leves), já que permitem

processos singulares de reestruturação significativa do setor saúde, em que, as tecnologias leves ocupam o espaço central (MERHY, 2002).

Portanto, o ato terapêutico integral exige o conhecimento da vida comum de quem está inserido no processo. A decomposição do viver é impossível ao nível sistêmico, familiar e social. As relações precisam ser clarificadas e subordinadas a um pacto de sinceridade e de adaptação co-responsável no alcance de metas para a saúde em si.

Saberes e práticas em saúde mental: a clínica e a atenção psicossocial

A constituição do modelo de atenção em saúde mental instaura um período paradigmático ao apresentar elementos de ruptura com antigas concepções e fundamentos e a elaboração de novos saberes e práticas no campo psicossocial.

O cenário das ações de saúde constitui um espaço de contínua transformação. Estando implicados ou não, as estratégias de organização de serviços e/ou programas, os elementos e atores do processo de cuidar dinamizam a relação tensa e conflituosa de experimentar sempre o ato vivo, por si e em si, novo (MERHY, 2002).

A ampliação das caixas de ferramentas aumenta a potência do cuidado na gerência dos arranjos que se expressam nos encontros; no exercício do agir em saúde impetrada pelos processos organizacionais de diferentes trabalhadores, com foco na necessidade e autonomia dos usuários; na eficiência da ação cuidadora; e, na formação inteligente de respostas aos conflitos e tensões que permeiam os fluxos de atendimento da rede (MERHY, 2002).

Assim, o desafio de explicitar o modo de fazer e a aglutinação dos saberes no campo da saúde mental transpõe a descrição linear e saturada de ações e procedimentos classificados por estágio ou nível de atenção.

A incorporação da experiência e da vivência no ato de cuidar eleva a sublime natureza humana de acolher e de ser solidário àquele com quem interage e, por conseguinte, vive. O trabalhador de saúde diferencia-se pelo núcleo específico de seu exercício laboral, porém, no processo dinâmico de produção do cuidado, os dispositivos que o potencializam na resolubilidade é parte comum de todos os sujeitos: usuários e equipe.

O sentido da transformação das práticas de saúde é a subjetivação das relações e a potencialização do cuidado com base na integralidade da atenção. Ao dirimir as responsabilidades da clínica para o sistema ou para as normas e rotinas é, por baixo, padronizar e objetivar o ato cuidador.

Campos (1994) coloca que as pessoas acostumam-se a funcionar conectadas a esquemas mais ou menos rígidos, de papéis e objetivos. Em se tratando do Sistema Único de Saúde, a tradição brasileira de não abrir o Estado para o controle da sociedade, deixa a prática do cuidado à mercê de formas de gestão conduzidas pelo velho círculo vicioso da não-mudança e do não-diferente.

Por vezes, os trabalhadores de saúde apresentam-se frente aos usuários com certa vantagem operacional, já que assimilam os saberes tecnológicos e, assim, os regem em relação ao acesso, acolhimento, vínculo e resolubilidade. O fracasso da produção do cuidado é exatamente o não-alcance das necessidades de saúde pelo usuário. Ao interpor seus anseios e vaidades, o trabalhador de saúde, desconectado da responsabilidade de assistir de forma integral, dissolve toda uma rede ou conjunto de serviços.

Os mecanismos de controle e avaliação se sobrepõem aos detalhes mais simples e próximos da subjetividade, deixando assim a clínica à mercê do próprio processo e da existência ou não da responsabilização.

As formas de gestão precisam incorporar a realidade vivenciada, em que o egoísmo, a vaidade, os interesses e os preconceitos de cada segmento devem ser colocados em pauta, sem que se deixe de tratá-los como determinantes ou condicionantes da prática clínica. A formação acadêmica e a própria Universidade precisam investigar fórmulas de socialização dos saberes, traduzindo-os para formulações mais acessíveis e aplicáveis (CAMPOS, 1994).

O coeficiente de autonomia dos usuários em seu projeto terapêutico deve ser compartilhado para com a equipe de saúde e assim melhor se adaptar à forma na qual o indivíduo interage com o mundo social.

O objetivo de todo trabalho terapêutico é ampliar a capacidade de autonomia do paciente. Esta ampliação se faz pelo reconhecimento da vontade e desejo de cura, na oferta de recursos institucionais voltados para a melhoria das condições de vida ou sobrevida. A aplicação desta diretriz revalorizaria a prática clínica assim como estimularia o combate à medicalização (CAMPOS, 1994).

A noção de cuidado supera a lógica pontual e casuística da intervenção medicamentosa por si só. O cuidado é operado em uma ação integral que incorpora as tecnologias, os significados e os sentidos voltados para uma compreensão da saúde como o direito do ser humano (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006).

A deficiência encontrada na prestação do cuidado integral para com as pessoas, por meio do sistema de saúde, precisa instabilizar as relações entre os sujeitos, a sociedade e o próprio estado. Se a constituição das práticas não referencia o acolhimento, a escuta, a responsabilização e, por fim, a própria autonomia do usuário, advém um cenário deficiente perante a concepção de integralidade.

A crítica aos saberes e poderes instituídos referenciam a utilização de novas práticas cotidianas que habilitam os sujeitos nos espaços públicos e possibilita o arranjo social e institucional no setor saúde (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006).

A procura por soluções, alternativas e respostas esbarram na acomodação da ordem social. Os questionamentos sobre a garantia de direitos de cidadania, de serviços públicos eficazes e com equidade e as políticas de inclusão parecem não ecoar no meio dos movimentos sociais, talvez pela imbricação na burocratização e a decorrente paralisia (CAMPOS, 1994).

O questionamento das relações, a evidência dos conflitos e a descrição das potencialidades do cuidar em saúde são práticas do cotidiano. Tais práticas podem ser tomadas como fonte de criatividade e de críticas, e assim, podem potencializar ações emancipatórias e de liberdade, tanto do conhecimento científico como da própria sociedade, ao expressar sua participação ativa e constituinte de novos saberes sobre saúde (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006).

A construção de um novo projeto ou a socialização dos serviços essenciais à vida humana como também a saúde, são alicerçadas por movimentos sociais organizados a partir das coletividades que se assemelham e que impõem seus pensamentos e ideais ao favorecimento da melhoria de todas as ações cidadãs.

Campos (1994) retoma a discussão sobre a noção da dialética, ao referir que embora as estruturas e as coisas determinem a vida das pessoas, são estas mesmas pessoas que constroem as coisas, as normas, os valores e as estruturas.

Para tanto, a resignificação das relações sociais e o tensionamento das relações de produção encontra na prática cotidiana o nexo de constituição entre o cuidado e a integralidade. O caráter intersubjetivo inerente à natureza humana problematiza conscientemente a sua inserção nos próprios processos de trabalho e nas interações entre os sujeitos (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006).

O desafio incitado na produção do cuidado junto à organização dos serviços de saúde remete à competência técnico-científica, pois coloca questões que vão além do modelo biomédico historicamente estabelecido e estruturado e traz à tona a demanda atual do homem que sofre e tem perdido seus referenciais de valores fundamentais à vida (LUZ, 2003).

A organização social contemporânea parece desamparar o ser humano, pois a lógica conceitual de mundo empreendida, afasta ou dificulta os processos nos serviços para que sejam dadas as respostas às demandas sociais humanas (MACHADO; PINHEIRO; GUIZARDI, 2006).

A contra-hegemonia se fortalece na consolidação de novos olhares e práticas dos sujeitos envolvidos na produção do cuidado. Numa perspectiva gramsciana, cada sujeito é um ser que pensa e é capaz de produzir sua própria concepção de mundo (GRAMSCI, 1978).

Sendo assim, justifica-se a procura explícita por novas formas de cuidado na sociedade. O ser humano em sofrimento amplia seu poder de busca na atenção a sua própria saúde e resplandece na penumbra do descaso das práticas descompromissadas e objetivas que não completam as suas demandas e necessidades.

Ao se experienciar a condução clínica compartilhada entre o trabalhador de saúde e o usuário na resolução e apreensão de medos, anseios e debilidades, parece ser possível a transformação de formas tradicionais de se relacionar nos espaços de cuidado. A própria estrutura administrativa e política se refaz no diálogo entre Estado e sociedade (MACHADO; PINHEIRO; GUIZARDI, 2006).

A desistência do processo de modificação e transformação do mundo leva à degradação individual. A persistência e insistência na edificação de uma nova forma de viver possibilitam a salvação do desprezo, dos mal-tratos, nem sempre do sofrimento, porém capacita-se pelo menos para sobreviver depois com um mínimo de saúde mental e auto-estima (CAMPOS, 1994).

A situação social mormente no Brasil obriga todo cidadão a repensar os serviços públicos, rediscutir a burocracia, emperramento e ineficiência, propondo alterações nos padrões de funcionamento destas instituições ou serviços deficitários para o bem comum.

Segundo Campos (1994) até a produção da saúde torna-se emoldurada perante os modelos instituídos. A relação médico-paciente se perpetua ao longo da história no modelo em que o objeto (doente), reduzido pela clínica, defronta-se com a ordem médica, submetida

ao médico, condenando o paciente a repetir um comportamento estereotipado, sendo difícil encontrar algo de “humano” na adjacência relacional.

Os agravos psicossociais permeiam os cenários e espaços de cuidado. Tal demanda é decorrente da forma como a população humana vem interagindo com o mundo e sua natureza. A busca incessante pelo capital acumulado interpõe a necessidade do trabalho em excesso, por parte de alguns, assim como a desigualdade social e a exclusão delimita a vida de muitos.

Portanto, a compreensão do sofrimento e adoecimento implica o processo saúde-doença para além das causas orgânicas e incluem a relação do sujeito com o ambiente como determinante das condições gerais de saúde (LACERDA; VALLA, 2006).

Tal concepção deve permear as práticas cuidadoras na medida em que são implementadas, não pelo sentido de excluir os determinantes biológicos e físico-químicos, mas sim, pela amplitude dada ao processo diagnóstico e o possível planejamento terapêutico.

Os trabalhadores podem manter o cuidado sistemático dos pacientes e suas famílias na busca de mudanças viáveis, dando apoio e estímulo para o enfrentamento dos problemas e dificuldades cotidianas. As ações interdisciplinares e intersetoriais encontram nas redes de cuidados uma forma pela qual todos participam ativamente do cuidado empreendido (LACERDA; VALLA, 2006).

O apoio social permite um maior controle dos mecanismos de enfrentamento dos sujeitos frente aos processos de vida e/ou sofrimento. A auto-estima e a confiança são favorecidas por meio das atividades grupais, nas quais cada participante compartilha suas experiências, vivências e dificuldades (LACERDA; VALLA, 2006).

A prática do cuidado em saúde mental evoca o trabalho em grupo, por apresentar um dinamismo peculiar às relações humanas. Embora a relação dialógica muitas vezes, inicialmente, tenda a acontecer, no plano individual, com o passar do tempo e no fortalecimento do vínculo e das responsabilizações é possível a utilização desta ferramenta terapêutica no resgate de novas formas de vida e saúde no alívio e e/ou resolução do sofrimento.

O trabalho terapêutico em grupos precisa ser concebido na dimensão das necessidades dos sujeitos participantes. Este tipo de dispositivo precisa ter claro o seu objetivo, evitando-se a banalização de sua ocorrência. O significado do grupo para os sujeitos envolvidos precisa ser exposto e expresso de forma particular a cada um dos participantes, e

não somente acontecer devido à obrigatoriedade de uma rotinização do serviço (CAMPOS, 2001).

Campos (2006b) enfatiza a possibilidade de a clínica em ajudar as pessoas a lidar com as dimensões inevitáveis da vida. A clínica, como prática próxima mais da arte do que da técnica, poderia resgatar a possibilidade de pensar cada caso de forma singular, sem descaso com o coletivo.

O significado da clínica em saúde mental precisa ser dimensionado, a nível coletivo, para que seja explicitada toda a lógica da expressão de significados sobre esta prática. As correntes teóricas explicitam construtos a respeito da origem, finalidade, instrumentos, sujeitos e contextos em que a ação clínica está inserida.

A clínica não é apenas a prática do médico, mas a de todas as profissões que estão no cotidiano do diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção secundária. A mudança em serviços de saúde exige uma interlocução com a clínica, ou seja, com quem lida com a eficácia dos modelos adotados (CAMPOS, 2001).

Baremlitt (1994) expõe que nas formas como se manifestam a insatisfação e o sofrimento humano, na modernidade, configuram quadros que exigem auxílio de diversas ciências. Tais mecanismos de suporte, não são tanto no campo de suas causas e efeitos, nem somente de seu conhecimento e resolução, e, muito menos de domínio exclusivo e excludente de nenhuma disciplina.

A concepção paidéia, reconhece os modelos citados, mas adiciona uma nova concepção epistemológica e organizacional denominada de clínica ampliada e compartilhada, baseada na construção do trabalho clínico em um “neo-artesanato”. As responsabilidades macro e microssanitária são construídas explicitamente a partir desta prática clínica (CAMPOS, 2007, 2003; LANCETTI, 2007).

Os caminhos terapêuticos podem cursar diversas trajetórias, sentidos e direção. A intervenção multifacetada permite à clínica realizar um emolduramento organizacional que operacionaliza as ações instituídas junto ao objeto.

Favoreto (2006) discorre sobre a definição de clínica e afirma que este conceito se torna mais simples e perene quando é o próprio paciente que fala. A clínica se explica no cuidado ou na resposta ao sofrimento e às incertezas advindas de processos que impõem limites à capacidade de andar pela vida.

O conceito de clínica seria a perspectiva de uma ação contextualizada socialmente e instrumentalizada de um conjunto de técnicas e ferramentas (homogêneas e homogeneizantes), a procurar respostas singulares para as necessidades e as demandas em saúde das pessoas (FAVORETO, 2006).

Campos (2003) ao repensar a clínica, aponta que é possível a proposição da seguinte tipologia: clínica degradada, clínica tradicional e clínica ampliada.

A **clínica degradada** é assinalada pela queixa-conduta, a não-avaliação dos riscos, o não-tratamento da doença e sim dos sintomas. Pode ser percebida em diversos ambulatórios e pronto-atendimentos espalhados pelo Brasil, onde apenas a produção de procedimentos (consultas) é requerida por gestores e usuários. No SUS, ter acesso é garantir cidadania, porém o questionamento sobre qual tipo de cuidado é obtido deve ocorrer como extensão do direito e garantia da eficácia do serviço (CAMPOS, 2001; CAMPOS, 2003).

A **clínica tradicional** (clínica-clínica) trata das doenças enquanto natureza comum a todos os casos. O foco está no curar e não objetiva a prevenção e a reabilitação de forma direta. O sujeito, na clínica comum, é reduzido à doença. É a clínica das especialidades e se restringe aos saberes de cada profissão, o que acarreta a difícil possibilidade de ampliação (CAMPOS, 2001; CAMPOS, 2003).

A **clínica ampliada** (clínica do sujeito) estabelece que a doença nunca ocupe o lugar do sujeito, ela entra na vida deste, mas nunca o desloca totalmente. O sujeito é sempre biológico, social e subjetivo (CAMPOS, 2001; CAMPOS, 2003).

Campos (2007, 2003) propõem a concepção Paidéia para realizar a reformulação e reconstrução ampliada do modelo biomédico, ao introduzir na prática clínica os saberes provenientes da saúde coletiva, saúde mental, do planejamento e, da gestão e das ciências sociais e políticas.

A mudança no “modo de ser” dos sujeitos envolvidos no processo (prático) da clínica se dá através da reforma estrutural, organizacional e também nas mudanças culturais. As duas vertentes predominantes na consolidação dessas mudanças são a tecnocrática-gerencial (ênfasis a qualidade total e a verificação dos processos de produção e satisfação) e a “managed care” (diminuição da autonomia médica e adoção de protocolos para decisões fora da relação médico-paciente) (CAMPOS, 2007, 2003).

Em sistemas privados de saúde, este tipo de gerenciamento enfatiza a racionalização dos custos (financeiros) e até mesmo a adequação do atendimento a determinados grupos mais susceptíveis ao adoecimento.

A prática clínica apresenta uma prevalência de acontecimentos comuns, facilmente enquadrados numa trajetória de conduta evidenciada nos casos. Tal prática se caracteriza também por apresentar uma variedade de casos singulares, a partir da encarnação concreta nos sujeitos (CAMPOS, 2007, 2003).

A autonomia do profissional no ato clínico é uma possibilidade para adequar tal prática às imprevisões factíveis da trajetória subjetiva humana. Alia-se a essa necessidade o requisito da motivação destes profissionais para a dedicação ao processo de produção da saúde. No entanto, parece haver certa desistência em se resgatar a responsabilidade dos casos e a própria autonomia requisitada diante da singularização dos eventos, sob custódia, em grandes sistemas e/ou organizações de saúde (CAMPOS, 2007).

A organização dos serviços de saúde depara-se com as contradições citadas do ponto de vista terapêutico, pois se por um lado o modelo de “acreditação” e qualidade total concentra seus esforços na manutenção e controle de técnicas, equipamentos e fluxos, por outro, a gestão “gerenciada” retira o poder de decisão dos clínicos perante os variados casos, impondo-lhes uma conduta pré-escrita e protocolar.

Os obstáculos na implementação desta reforma na atuação clínica são visíveis no sistema público de saúde: o excesso de demanda, profissionais hiper-atarefados com diversos empregos, contratação precária e por plantões, sem a presença longitudinal de profissionais no serviço (diaristas) e o regime terapêutico de pronto-socorro com trocas de equipes. A clínica singular e compartilhada, priorizada por um processo terapêutico integral (não-fragmentado) tende a uma existência mínima devido aos fatores citados (CAMPOS, 2007).

A clínica ampliada fundamenta-se na ampliação do “objeto de trabalho” da clínica, muitas vezes focado na doença, mas que necessita da agregação também dos problemas de saúde, risco e vulnerabilidade para perceber que os mesmos elementos só existem se incorporados em sujeitos: as pessoas (CAMPOS, 2007, 2003).

A clínica do sujeito é a mais importante ampliação apresentada nesta forma de conceber a prática. A capacidade de o usuário lidar com suas (im) possibilidades frente à rede de serviços e de cuidados que dispõe, leva-o também para certo grau de autonomia. Esta se mede por meio da capacidade de autocuidado, de compreensão do processo

saúde/enfermidade e pela capacidade de usar o poder e de estabelecer compromisso e contrato com os outros (CAMPOS, 2007, 2003).

Os sujeitos existem e fazem parte de um mundo, e com este interagem para manutenção da sua sobrevivência. Um caso de Tuberculose na Enfermaria 08 afirma a presença de um “João” ou de uma “Maria” que nasceu, vive, estuda ou trabalha, tem pais ou mora sozinho, gosta de dançar ou precisa sair daquele lugar. As evidências “ingênuas” citadas parecem fugir do imaginário dos lugares onde a clínica é construída, portanto exige-se a inversão de um modelo objetivador-crônico-excludente para as possibilidades de uma forma clínica que gere autonomia, responsabilização, eficácia e inclusão.

Em meados do século XX, com o advento da psicanálise, ocorreu o resgate da escuta, no entanto parece que nos dias atuais a escuta está descolada do olho que examina (CAMPOS, 2001).

A clínica sucumbe aos métodos de diagnose e terapias acondicionadas ao uso excessivo de tecnologias duras em detrimento de uma relação interacional entre o profissional e o usuário.

Rée (2000, p. 37) ao descrever sobre obra heideggeriana *Ser e Tempo*, aponta que “não somos, enquanto cuidado, um objeto fixo no interior do mundo, mas uma extensa rede de atenções para com ele.” Cuidado este que revela nossa existência no mundo, sempre.

A vida humana consiste de vivências, experiências e relações internas (subjetivo) e externas (interação social).

O compartilhamento clínico é possibilitado através da formulação de um projeto terapêutico e de um mapeamento das vulnerabilidades (diagnóstico) para que ocorra uma co-responsabilização (profissional e usuário) frente à situação encontrada. A adoção de novos conhecimentos de outras áreas, e não somente na dimensão orgânica e biológica, também sistematizados (sociologia, psicologia, gestão, antropologia, dentre outros), devem ser alocados no projeto terapêutico (CAMPOS, 2007).

A unidade nuclear do poder gerencial do método Paidéia é a equipe interdisciplinar. A organização desta equipe ocorre pela aglutinação de vários profissionais em equipes de referência, como uma espécie de “departamento” denominado Unidade de produção. A gestão única facilita a produção do cuidado e a integralidade das ações por não fragmentar o poder e nem a ação (CAMPOS, 2007, 2003).

As visitas interdisciplinares se constituem excelentes exemplos de democratização nas intervenções, no sentido de co-gerir o cuidado empreendido, auxiliado e promovido por diversas especialidades envolvidas.

A preocupação com o sofrimento humano ainda não é objeto integrante das atitudes na prática dos trabalhadores de saúde. Formados e capacitados para diagnosticar, tratar e curar, eles deparam-se com situações complexas que fogem à lógica determinista da clínica. Os casos atendidos em saúde mental não fecham nunca. Elaborar um projeto terapêutico é um árduo trabalho, pois na lida com as pessoas envolvidas, o descompromisso, a retração ou negação são comuns na argumentação do desequilíbrio psíquico (LANCETTI, 2007).

A confiança do usuário em participar do processo de gestão do seu plano terapêutico pode ser implementada pela presença de um familiar e/ou parente/amigo que ajude nesta relação e também na adaptação de possíveis intervenções.

O trabalho clínico exige a disponibilidade técnica e afetiva e envolve um íterim subjetivo relacional. A responsabilização para com a cauda empreendida no plano terapêutico influencia os atos, gestos e condutas frente ao usuário e também ao sistema.

O exercício profissional da prática clínica não pode ocorrer simplesmente pela necessidade financeira ou de carreira/ascensão social, mas pela vontade de realizar-se enquanto profissional e de serem aceitos como legítimos pela comunidade. Tal proposição é importante, já que a ampliação da clínica baseia-se na responsabilidade singular e na construção do vínculo estável entre a equipe e paciente (CAMPOS, 2007).

No território, as possibilidades são diversas para as ações extra-muro ou extra-hospitalar, que favoreçam a adequação e participação de todos os elementos sociais disponibilizados para a promoção, proteção e reabilitação da saúde.

O cuidado extra hospitalar, devido ao seu menor custo financeiro em relação ao tratamento intra-hospitalar, vem se expandindo no mundo. No Brasil, à exceção da saúde mental, este modelo ainda não é caracterizado no SUS. A abordagem terapêutica domiciliar é favorecida pela facilidade de adaptação do sujeito (usuário) em relação ao ambiente e também por inovações tecnológicas que lhe permitem maior segurança (CAMPOS, 2007).

A internação psiquiátrica em hospital geral ainda é uma exposição agressora de quebra de vínculos e referenciais. No momento de maior necessidade e fragilidade o indivíduo tem que vivenciar novo espaço, novos sujeitos, novos olhares. Em comparação com

uma porta giratória, o sistema hospitalar ainda dispõe de uma lógica de “entrou, melhorou, saiu” o que banaliza, algumas vezes um momento significativo do adoecer humano (CAMPOS, 2001).

Amarante (1996), ao descrever a experiência basagliana, expressa que colocar a doença em parênteses é deslocar o olhar para o doente, a pessoa, o objetivo de todo o trabalho, não apenas técnico, não apenas clínico. A ênfase é dada ao processo de “invenção da saúde” e de “reprodução social do paciente”. Por outro lado, “colocar em parênteses” não pode ser pensado como a negação da existência da doença.

O esvaziamento da discussão sobre a clínica nos serviços de saúde pode ser também relacionado com a interpretação sobre a abolição da doença e da própria clínica. Negligenciar o adoecer humano e o sofrimento psíquico é tornar ideológica uma negação para com as dificuldades concretas enfrentadas pelo sujeito (usuário) e minimizar seus sentimentos de angústia, dor e exclusão (CAMPOS, 2001).

A reforma psiquiátrica e desinstitucionalização no Brasil ocorrem como a denúncia e a crítica ao modelo asilar de assistência psiquiátrica. A negação do manicômio pelos trabalhadores de saúde como alternativa inviável para o tratamento ao portador de sofrimento psíquico emerge da própria prática, pela luta trabalhista e pela oposição à chamada “indústria da loucura” (LOUGON, 2006).

A formulação de uma nova caminhada para a assistência em saúde mental está sendo estruturada com base na evidenciação do sujeito e na construção de um sistema que viabilize alternativas adequadas ao vivenciar humano na dimensão clínica e cidadã.

Em um caminho oposto, o saber psiquiátrico organicista sustenta teses bizarras, como a origem genética, o tratamento condutista que repete o asilo fora dele. Até mesmo alguns psicanalistas, como toda a boa intenção, tendem a transformar o serviço de saúde numa extensão de seus consultórios particulares, operando abordagens incompatíveis com a realidade social do território público (CAMPOS, 2001).

A história da loucura e a prática clínica percorreram o caminho iniciado, no primeiro momento. Apenas como distinção e diferença se conforma, agora, de forma epidemiológica, prevalecendo como morbidade enfim inserida nas instituições de reabilitação também psicossocial (PITTA, 2001).

O asilo possibilitou o nascimento de uma disciplina médica (psiquiatria) e forneceu os subsídios para sua fundamentação e daí seguiu as concepções e modelos de

tratamento, logicamente com o objeto de investigação sendo a própria doença mental. No manicômio a clínica “médica” encarregava-se mais de um controle ético do que de uma intervenção terapêutica (SILVEIRA, 2003).

A crise do paradigma psiquiátrico proporcionou novas experiências e propostas para a psiquiatria. O foco do saber psiquiátrico e sua intervenção deixam de ser a doença mental para constituir-se na promoção da saúde mental (AMARANTE, 2000).

O encontro do sujeito com o ambiente do cuidado pode favorecer a melhora no seu estado de adaptação e (re) equilibrar os mecanismos processuais de enfrentamento do estresse, da angústia e da pressão do cotidiano.

Campos (2001) analisa a alternativa terapêutica oportunizada pelos serviços de saúde mental aos seus usuários, que muitas vezes, limita-se à terapia medicamentosa e uma internação de vez em quando. O trabalho da equipe ajuda a dissociar ainda mais o sujeito em sofrimento, pois se apresenta fragmentado e departamentalizado por cada profissional: “Remédio é com o psiquiatra. Escuta é com o psicólogo. Trabalho é com o terapeuta-ocupacional. Intercorrência clínica, outra: não é conosco. Surto? Vai ter que internar” (CAMPOS, 2001, p. 103).

Silveira (2003) preceitua que as ações e intervenções precoces junto a quem busca o cuidado, devem ser exercidas com muita cautela para evitar o processo de medicalização, que dita hábitos, comportamentos e sutilmente delimita (poder) a vida privada das pessoas.

A avaliação dos serviços de saúde mental ocorre principalmente comparando-se indicadores de morbidade a partir da vinculação dos usuários a esses serviços. A internação hospitalar é um desses indicadores que proporciona a descrição do fluxo de internação em usuários acompanhados pelos serviços substitutivos (tende a diminuir). Vale ressaltar, que as estruturas físicas das unidades de saúde mental devem dispor de um mínimo de adequação para o atendimento a casos de crises, dentre os demais, fato este nem sempre unânime nas atuais condições (CAMPOS, 2001).

Pensar a desinstitucionalização acarreta a estruturação de uma rede de serviços substitutivos para que a parcela prejudicada pelo fato, o sujeito (usuário) não seja inserido no pior dos mundos: sem vínculo, história ou espaço (CAMPOS, 2001).

As políticas públicas sociais, especificamente aquelas voltadas para a exclusão social e os direitos humanos (saúde mental) impõem diretrizes políticas para estruturação de investimento e construção de estratégias. Dentro desta situação, emerge um conjunto de

procedimentos voltados para o delineamento de investigação situacional. É válido ressaltar que no processo de organização e planejamento em saúde, mais especificamente no projeto de um serviço de saúde, deve-se incluir, essencialmente, uma proposta clínica (CAMPOS, 2001).

O surgimento de novas estratégias de cuidado em saúde mental pode ser vislumbrado com ações que extrapolam o limite da unidade de saúde. Os novos vínculos e novas significações ocorrem em espaços de pactuação social do sujeito em seu existir. A produção desta clínica existente também na atenção básica, no PSF, prioriza a comunidade ao capilarizar e interiorizar as ações de saúde pública, incluindo políticas especiais como no caso, a saúde mental (SILVEIRA, 2003).

Para Torre & Amarante (2001) a clínica tomada no eixo da integralidade nos espaços do cuidado primário em saúde precisa reconhecer que existe uma construção de subjetividade na doença, de forma radicalmente diversa e que nunca pode se tratar o sintoma, mas sim o sujeito.

O apoio matricial (matriciamento) em saúde mental constitui um arranjo organizacional que oferece suporte técnico às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população, no caso, para as equipes do PSF. O compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos (discussões, intervenções junto às famílias e comunidades e/ou em atendimentos conjuntos) (BRASIL, 2003).

A exclusão da lógica do encaminhamento visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local. Com o passar do tempo, também favorece a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica na equipe (BRASIL, 2003).

O matriciamento, apesar de constituir diretriz jurídico-política, ainda está se consolidando na prática. A sua estruturação e operacionalização decorrem principalmente da expansão e da capacitação das equipes da rede de atenção em saúde mental.

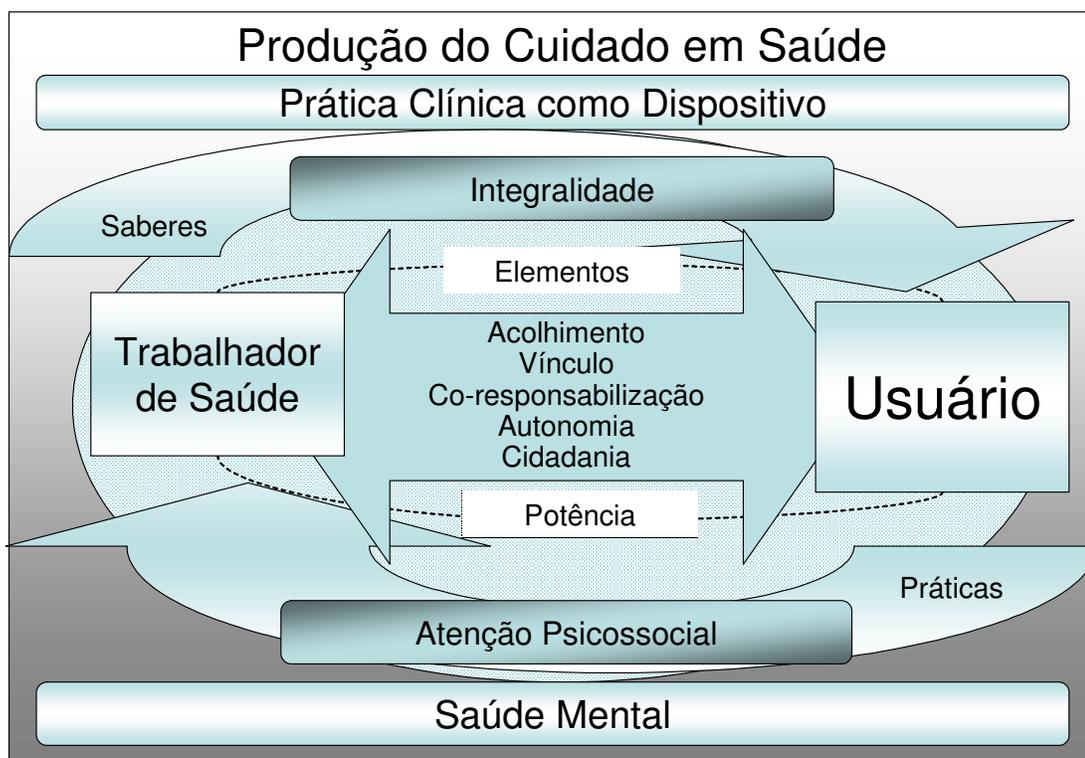
O campo da saúde mental possibilita a tendência em se construir um núcleo interdisciplinar na prática. A inserção da clínica ampliada neste campo se beneficia da problematização de conceitos e da própria práxis “psi” no contexto individual (sujeito) e coletivo (sociedade), e assim favorece a possibilidade de discutir categorias como alteridade, dependência, autonomia e reabilitação (LINS; OLIVEIRA; COUTINHO, 2007).

Merhy (2007b, p. 26) afirma:

Nesta micropolítica dos encontros territorializam-se, dentro das loucuras que ela contém, relações onde sujeitos/territórios interdita sujeitos/territórios. Os encontros explodem como revelação de que agrupamentos de sujeitos colocam-se diante de outros agrupamentos, com a vontade e a ação de interditar o outro, inclusive no seu pensamento.

O encontro autopoietico é aquele que ocorre, micropoliticamente, entre duas, três ou mais vidas e em mútuas produções. É o movimento da vida que produz vida. Pensar de forma antimanicomial seria conceber um cuidado (clínico) autopoietico (MERHY, 2007b).

Figura 2- Diagrama Teórico-Conceptual da Produção do Cuidado em Saúde: clínica em saúde mental e atenção psicossocial.



O paradoxo da clínica em saúde mental e de suas concepções, elementos e conflitos constitui o processo social (complexo). As dimensões deste processo podem ser pensadas a partir de uma produção, entrelaçamento, contradições e/ou tensões a partir de uma cartografia didática em pelo menos três aspectos: teórico-conceitual; teórico assistencial; jurídico-política e sociocultural (AMARANTE, 2007).

A atenção psicossocial torna possível a desamarração das correntes virtuais do sofrimento, exclusão e dor. A inserção somente ocorre com o compartilhamento de sentimentos, desejos e saberes. A prática clínica em saúde precisa intensificar sua absorção e expandir sua entranha técnica para que permita o ajuste, a adequação e a promoção de um equilíbrio mental no sujeito e em seus contextos.

Saúde mental como linha de cuidado

A prioridade apresentada pelos serviços de saúde e de saúde mental no Brasil delimita-se pela constante erupção de conflitos e tensões no âmbito da oferta e demanda por serviços, procedimentos e assistência.

A integralidade da atenção perpassa também a organização dos serviços de saúde, bem como, na forma o ato de cuidar é operado e participado pelo usuário do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo Franco; Magalhães Júnior (2006, p. 126): “para garantir a integralidade é necessário operar mudanças na produção do cuidado, a partir da rede básica, secundária, atenção à urgência e todos os outros níveis assistenciais, incluindo a polêmica atenção hospitalar”.

A implementação de ações de saúde na rede básica tende a inverter a lógica na procura por procedimentos e atendimentos. O fato é que, do ponto de vista dos custos financeiros, quanto maior resolubilidade houver na atenção básica, menor vai ser o gasto com procedimentos evitáveis.

O instrumental técnico dos profissionais de saúde associado à ação prática de acolhimento e vínculo com o usuário e ao significado estabelecido nesta relação, interliga-se diretamente como a resolutividade da atenção básica e na forma com a qual os sujeitos envolvidos atuam no campo da saúde (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2006).

A clínica torna-se um dispositivo para potencializar os resultados efetivos na produção do cuidado em saúde. A integralidade será a síntese de todos os elementos envolvidos nesta produção e consistirá relevância se os mesmos estiverem consolidados de forma única.

Ao tornar a clínica como ato prescritivo, a relação profissional-usuário se desnudou dos elementos subjetivos essenciais para as relações humanas. A fala e a escuta como estratégias hermenêuticas, por vezes é obliterada pelo diagnóstico intervencionista de base puramente biológica (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2006).

Nesse sentido, tendo como objeto de intervenção os processos mórbidos, a clínica se limita a saberes hegemonicamente respaldados pela lógica positivista e advém intervenções fragmentadas exemplificadas por inúmeros encaminhamentos e exames complementares.

Para produzir cuidado em saúde, os serviços de saúde precisam incorporar a utilização das tecnologias leves e leves-duras. Mesmo que, em alguns contextos, o imaginário dos sujeitos tenda a perceber a execução quantitativa de exames, consultas e o consumo de medicamentos e insumos, erroneamente como sinônimo de qualidade da assistência (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2006).

O desafio de produzir o cuidado em saúde de forma integral é possibilitar a garantia do usuário em ser atendido, ou seja, ter acesso pleno e universal para com as suas necessidades e demandas de saúde apresentadas em toda a rede de serviços e no próprio diálogo singular para com os trabalhadores de saúde.

A integralidade começa no processo de trabalho em saúde, em que às ações multiprofissionais adicionam-se os elementos de vínculo e responsabilização. Daí provém um cuidado a partir da interação de diversos saberes e práticas envolvidas no ato produtivo (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2006).

A linha do cuidado em saúde é configurada pelo fluxo singular do usuário no sistema de saúde, a partir de sua entrada, perpassando pelas intervenções cuidadoras e disponibilidade terapêutica, até chegar ao alcance de suas necessidades de saúde.

Dessa forma, para construir a linha do cuidado em saúde é necessário a premissa do desejo, adesão ao projeto, vontade política, recursos cognitivos e materiais como o essencial da proposta, assim como a reorganização do processo de trabalho (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2006).

A segurança assistencial na trajetória do usuário, na linha do cuidado, é preciso estar garantida pela disponibilidade dos serviços, fluxos usuário-centrados, mecanismos de referência e contra-referência, aptos ao dinamismo da saúde, à responsabilização das equipes para a condução compartilhada do projeto terapêutico, gestão colegiada dos recursos assistenciais e a intersetorialidade (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2006).

Lacerda e Valla (2005) descrevem as idas e as vindas aos serviços públicos de saúde pelos usuários e o atendimento despersonalizado e fragmentado, refletido na seqüência de solicitações de exames complementares e encaminhamentos para níveis mais especializados de atendimento. A oferta terapêutica parece limitada frente às necessidades dos pacientes e o único “remédio” acaba sendo os psicofármacos para as queixas mentais e emocionais.

Os espaços em que as trocas ou embates negativos possam ocorrer é o “set” de uma atuação dramática vivenciada por todos aqueles que interagem no meio social. A partir das respostas e contradições enfrentadas ou aceitas, pode-se fomentar a estruturação de novos percursos e rotas para alcance da saúde plena.

Luz (2006) refere-se a uma crise social no âmbito cultural e social. As pessoas hibernam em seus aposentos, na possibilidade de evitar as tensões da sociedade capitalista. Ao

buscarem o serviço de saúde, presenciam a negatividade da recusa e, muitas vezes, submetem-se a esta situação pela ausência de significação no próprio viver.

O cuidado deve perceber também as concepções de mundo, as preferências singulares e o modo de vida aceito e seguido pelo indivíduo na busca de seu tratamento, de seus desejos e/ou metas a serem alcançadas.

No campo da saúde mental, o processo de desinstitucionalização aliado à efetivação de novas práticas terapêuticas voltadas para o sujeito e sua inserção social delineiam a produção do cuidado nesta delimitação de área do conhecimento “psi”.

O cuidado em saúde mental deve relevar o sujeito no plano terapêutico, pois somente através de suas exposições, exclamações, dúvidas, opiniões e anseios emitidos, pode-se concretizar um processo de melhoria da adaptação psicossocial deste para com a sociedade.

A noção de integralidade se faz presente no processo de reforma psiquiátrica como eixo norteador das práticas e saberes, superando a organização de serviços e/ou constituição de modelos ideais. A reforma psiquiátrica se constitui um processo social, no qual recoloca uma demanda historicamente excluída (louco) na dimensão das relações em sociedade (AMARANTE; GULJOR, 2005).

A inversão de um modelo manicomial e asilar pautou-se na busca de novas estratégias de cuidado, que embutisse a necessidade de conquistas sociais voltadas para a inserção no meio familiar e comunitário, aliada à manutenção da própria vida (emprego, educação, lazer, etc.).

A desospitalização proporcionou o surgimento de novos dispositivos de atendimento assistencial, porém a inclusão da loucura na “agenda da cidade” só foi possível através da construção social de novos espaços no território (AMARANTE; GULJOR, 2005).

A rede cuidadora não está restrita aos serviços de saúde, aliás, pressupõe a articulação com outros instrumentos e organismos sociais como família, religiosidade, enfim, as redes sociais de apoio (SILVA JUNIOR; ALVES; ALVES, 2005).

No Brasil, a rede de atenção em saúde tem no Sistema Único de Saúde (SUS) as diretrizes de organização, os princípios assistenciais e a operacionalização das ações. A formulação e estruturação do mesmo, ocorrem por meio de um esforço de organizações e entidades na luta em defesa de seus direitos e na preservação de suas conquistas sociais na construção da cidadania.

Campos (2006) enfatiza que os sistemas públicos de saúde são superiores a alternativa neoliberal. Os aspectos decisivos que apontam esta diferença se congregam em três aspectos: Acesso – o sistema público cria a possibilidade da equidade e a utopia do direito à saúde, independentemente da situação social (status); Práticas terapêuticas – a atenção médica se torna ao mesmo tempo refém e algoz da gama de equipamentos, medicamentos e tecnologia voltada para os interesses de uma indústria que exige grandes investimentos e desarticula o próprio ato clínico em si, segmentando-o pela divisão do trabalho e remuneração, e deixando à margem do processo a eficácia das ações. O sistema público pode articular-se com os centros de pesquisa e a sociedade na viabilização de novas práticas, emergindo novos procedimentos e estratégias de enfrentamento dos desajustes sociais; e, por último Ações de Saúde Pública – a capacidade de organizar e de realizar ações de promoção, proteção e reabilitação à saúde, possibilitando a resolutividade a partir das ações integrais.

Surge algo concreto no trajeto em busca de uma atenção integral à saúde voltada para a inserção do sujeito como protagonista de sua própria vida e as relações deste para a manutenção de seu bem-estar e bem-viver.

O acesso aos serviços de saúde passa a ser a prioridade da rede de atenção e a dinâmica operacional das condutas empreendidas no favorecimento de ações de saúde que privilegiem a manutenção da vida precisa articular um conjunto de saberes, práticas e serviços em todos os níveis de complexidade.

A estruturação de um novo modelo de atenção à saúde que subordine a assistência individualizada aos preceitos coletivos e direitos de cidadania e que efetive as atividades de promoção e proteção à saúde sob os princípios éticos da universalidade, equidade e integralidade constitui um desafio para o sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2004)

A política de saúde mental brasileira considera os CAPS como dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. O território deve ser o espaço de atitude e ação. Entende-se que a atuação com base territorial inclui a geografia do convívio social (família, escola, trabalho, igreja, entidades, etc.) dos usuários e deve favorecer o resgate das potencialidades nos recursos comunitários circunscritos, pois todos estes recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental (BRASIL, 2003).

A reinserção social pode ter o início no CAPS, mas sempre em direção à comunidade e nunca como o único tipo de serviço de atenção em saúde mental. Pelo contrário, esta atenção deve ser feita dentro de uma rede de cuidados (atenção básica,

residências terapêuticas, ambulatórios, centros de convivência, clubes de lazer, entre outros) (BRASIL, 2003).

O componente de sofrimento subjetivo está associado a toda e qualquer doença, e, às vezes, atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Neste entendimento, todo problema de saúde é também “mental”, e toda saúde mental é também “produção de saúde”.

A condição referida anteriormente submete as políticas de expansão, formulação e avaliação da atenção básica, às diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais graves de saúde mental. Tal compromisso deve ser assumido como forma de responsabilização em relação à produção de saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo (BRASIL, 2003).

É válido salientar que a atenção básica precisa ter condições para dar conta dessa importante tarefa. As dificuldades encontradas no local de trabalho (falta de recursos, falta de profissionais, precarização da situação de emprego, ausência de educação permanente, e outros.) acabam por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes, dada a complexidade desta prática.

O modelo de redes de cuidado configura as ações de saúde mental na atenção básica. A base territorial e a atuação transversal com outras políticas específicas buscam o estabelecimento de vínculos e acolhimento da ação em saúde. Neste processo, devem estar fundamentadas os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica e para sua articulação (saúde mental e atenção básica) resultam as seguintes diretrizes fundamentais: noção de território; organização da atenção à saúde mental em rede; intersetorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade/interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção da cidadania dos usuários; e, construção da autonomia possível de usuários e familiares (BRASIL, 2003).

A existência de um cuidado integral exige uma fusão da dimensão coletiva e individual do modo de proceder perante a situação prática de saúde, seja na promoção ou até mesmo na sua recuperação.

Na dimensão coletiva, as políticas públicas direcionam os investimentos, a organização dos serviços à consolidação da rede intersetorial. No âmbito individual a integralidade transpõe o fazer e o agir na direção da provisão de cuidados de saúde.

O ato de cuidar supre as condições subjacentes e/ou carentes da vida humana. O sujeito acondiciona-se em sua privação a partir da deficiência em que se encontra. O trabalhador de saúde deve perceber esta lacuna vivencial como um lugar para unir todo o conjunto de conhecimentos, competências e habilidades na direção do bem-viver daquele que carece desta ação (por vezes intersetorial).

Os espectros setoriais que envolvem a ação cuidadora integral podem ser tomados como exemplo, a partir da analogia feita com a física por Santos & Assis (2006), em que a concepção da integralidade no campo da saúde é comparada a um feixe de luz, forma de energia que se propaga pelos espaços, que ao atravessar um prisma, decompõe-se em diferentes cores. As cores serão consideradas como os dispositivos, ao separarem-se, surgem graus de força; ao se reagruparem às outras, restaura-se o feixe original, ou seja, o potencial de novas possibilidades.

A resolubilidade almejada na atuação de cada trabalhador de saúde no processo de cuidado poderá ser resultado do acolhimento e, conseqüentemente, do vínculo estabelecido na relação usuário-trabalhador, inseridos numa lógica ou modelo assistencial que priorize também as relações de cuidado, desencadeando a humanização das ações de saúde (CAMPOS, 2003).

A garantia da integralidade da atenção deve ser garantida a partir da operacionalização de transformações efetivas em toda a produção do cuidado. Esta metamorfose na assistência deve percorrer todo o trajeto da rede, desde a atenção básica, secundária, atenção à urgência e até mesmo a atenção hospitalar (FRANCO; MAGALHÃES JR, 2006).

A questão contemporânea na rede de cuidados em saúde é direcionada também para o acesso aos serviços no âmbito hospitalar e quanto mais especializado for o procedimento maior é a probabilidade de o usuário enfrentar interrupção no alcance do seu atendimento.

Os elementos que potencializam o cuidado integral em saúde decorrem da concepção estabelecida por meio das relações, nas quais o vínculo, acolhimento, autonomia, responsabilização e resolubilidade são disponibilizados em síntese do cuidado empreendido para com os sujeitos sociais envolvidos no processo de cuidar.

Mattos (2004) identifica três sentidos para **integralidade**: primeiro, características de políticas de saúde para dar resposta aos problemas de saúde; segundo, relativo a aspectos

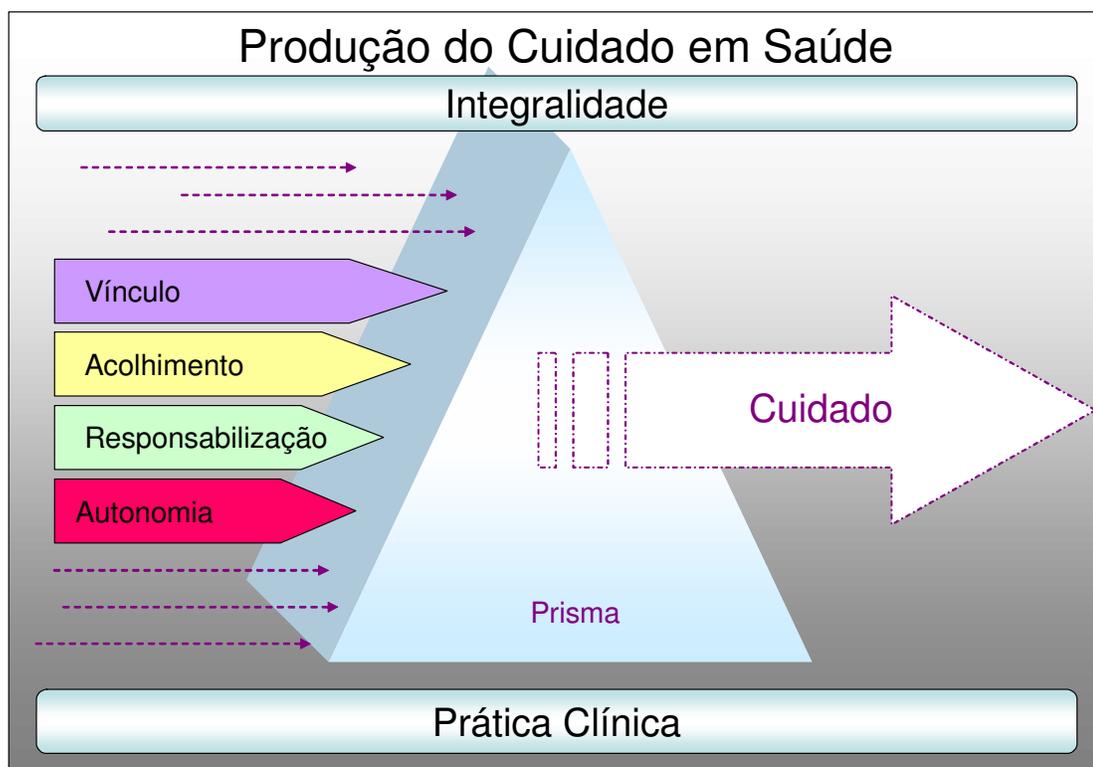
da organização dos serviços de saúde; e, o terceiro, voltado para atributos das práticas de saúde.

O ato de saúde (prática) emerge da necessidade social em viver. A atuação do trabalho em saúde maquina a produção do cuidado e utiliza os diversos instrumentos, tecnologias para este processo no contexto social.

Os espectros setoriais que envolvem a ação cuidadora integral podem ser tomados como exemplo, a partir da analogia feita com a física por Santos & Assis (2006), em que a concepção da integralidade no campo da saúde é comparada a um feixe de luz, forma de energia que se propaga pelos espaços, que ao atravessar um prisma, se decompõe em diferentes cores. As cores serão consideradas como os dispositivos, ao separarem-se, surgem graus de força; ao se reagruparem às outras, restaura-se o feixe original, ou seja, o potencial de novas possibilidades.

Tomando por base o diagrama proposto por Santos & Assis (2006), em um processo de análise da força propulsora da prática clínica na produção do cuidado, inverte-se o prisma (Figura 3) no sentido de aferir todos os elementos da integralidade na busca de mensurar o potencial grau de força singular de cada elemento na transformação coletiva da ação de saúde.

Figura 3 - Diagrama Teórico-Conceitual da Produção do Cuidado em Saúde: o prisma invertido e a síntese do cuidado integral.



(Adaptado de SANTOS & ASSIS, 2006)

As práticas têm uma potência peculiar em cada elemento constituinte. A síntese das mesmas ocasiona uma potência maior na construção da integralidade do cuidado.

O **acolhimento** é proposto também como elemento para interrogar processos intercessores que constroem relações nas práticas de saúde, buscando a **responsabilização** clínica e sanitária por meio de uma intervenção resolutiva. Neste entender, é impossível a produção da responsabilização sem o efetivo ato acolhedor e vinculado (FRANCO, BUENO, MERHY, 1999).

Conforme Santos et al (2007),

Acolher, em uma unidade de saúde, inicia-se com o diálogo no momento dos encontros, por meio do trabalho em equipe, configurando-se numa verdadeira teia comunicacional, tanto para os trabalhadores entre si, como para os trabalhadores e usuários. Sendo assim, cada encontro é um ponto de eminente tensão ou acolhimento, que poderá (ou não) produzir o cuidado. Finalmente, a confluência dos encontros de maneira acolhedora possibilita que o resultado do cuidado seja a conquista da saúde, na sua integralidade.

Pinheiro et al (2005) enfatizam que a definição de responsabilidades entre os serviços e a população, visando a **humanização** das práticas de saúde, requisita o

estabelecimento do **vínculo** entre profissionais de saúde e os usuários, além do estímulo da comunidade no exercício do controle social.

Santos; Assis (2006) discorrem que o “**coeficiente de autonomia**” pode ser ampliado na busca por suprir suas necessidades de saúde e, também, que todos os dispositivos da prática integral do cuidado confluem para uma resposta adequada, uma solução para os problemas, enfim para a **resolubilidade** das demandas sentidas e apresentadas.

O compromisso radical com o sujeito em tê-lo de modo singular; o ato de assumir a responsabilidade dos mesmos nos serviços de saúde por meio de ações intersetoriais, reconhecendo limites no conhecimento e nas tecnologias empregadas e principalmente, reiterando um compromisso ético profundo é a concepção de **clínica** ampliada a ser discutida neste espaço investigativo no contexto da saúde mental.

CAMINHO METODOLÓGICO

Tipo de Estudo

A metodologia da pesquisa qualitativa, dentro de uma perspectiva crítica-analítica, foi escolhida como possibilidade de entender (analisar) o fenômeno social e suas relações no campo da saúde mental e da atenção básica. Ainda é possível, por meio desta opção, dimensionar a compreensão dos significados, dos sentidos, das intencionalidades e das questões subjetivas inerentes aos atos, às atitudes, às relações e às estruturas sociais, conforme sinaliza Minayo (1999).

Na pesquisa qualitativa

se preocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1999, p.21).

A construção do estudo exige a utilização de um conjunto de instrumentos e técnicas que possibilite a investigação científica do objeto de pesquisa indagado. A realidade do campo social requisita um manejo mais sensível às várias condições e/ou situações cristalizadas e/ou dinâmicas pela natureza processual e produtiva.

O estudo das relações, das representações, das opiniões e percepções da produção interpretativa humana, sobre como estabelecem seu modo de vida (produção, sentimentos e pensamentos) encontra no método qualitativo a guarida necessária para que o pesquisador possa adentrar neste universo complexo e ativo (MINAYO, 2006).

A prática clínica dos trabalhadores de saúde/saúde mental na produção do cuidado foi analisada sob o eixo da integralidade junto à equipe do CAPS em articulação com o referencial teórico do tema em questão. O contraste das informações ocorreu na catástase entre os dados empíricos (entrevistas e observação) e o referido campo teórico.

A elaboração dos pressupostos consiste na evidenciação do cenário prático na área do cuidado clínico em saúde. As extremidades do discurso, da retórica e da práxis confluem para uma interpretação argumentada e dialogada entre cada concepção, saber e modo de operar a assistência.

A conjuntura conceitual da integralidade na ação de saúde no cenário do estudo foi balizada por meio do olhar investigativo, fundamentado teoricamente, almejando o sentido do encontro de semelhanças e diferenças entre ambos.

Campo empírico da pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza, e para tanto, disponibilizaram-se os principais dados sobre este município, no sentido de melhor descrever as características peculiares a este território social.

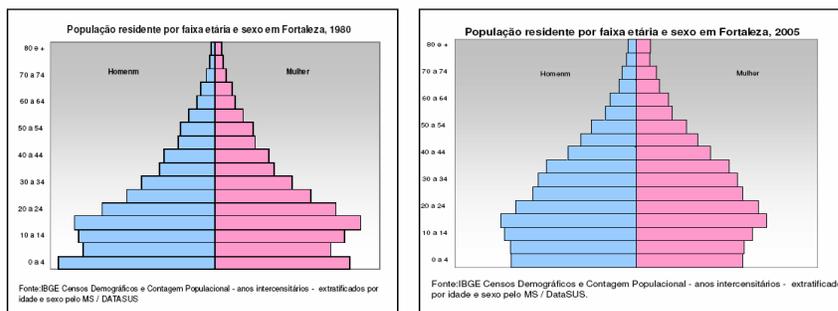
A cidade de Fortaleza iniciou seu desenvolvimento às margens do Rio Pajeú. Sua localização está no litoral norte do estado do Ceará e limita-se: ao norte e ao leste com o Oceano Atlântico e com os municípios de Eusébio e Aquiraz, respectivamente; ao sul com os municípios de Pacatuba e Itaitinga e a oeste os municípios de Caucaia e Maranguape (FORTALEZA, 2007).

Conta com a afluência de 16 bacias hidrográficas, sendo as mais importantes as dos rios Ceará, Pacoti, Cocó e Maranguapinho. A cidade contém ainda sete lagoas de médio porte: Messejana, Parangaba, Maraponga, Mondubim, Opaia, Pajuçara e Jaçanaú (FORTALEZA, 2007).

O clima é predominantemente equatorial e intertropical, favorecido por suave e constante brisa vinda do mar, o que proporciona uma temperatura média de 27°. As chuvas são mais frequentes nos meses de janeiro a julho, numa média anual de aproximadamente 1.600mm (FORTALEZA, 2007).

Considerada a quinta maior cidade do país, sua área de 313,8 Km² e sua população estimada pelo IBGE de 2.374.944 habitantes em 2005 resulta uma densidade demográfica em torno de 6.818 habitantes por Km². Destes, 53,2% são do sexo feminino e 40,4% encontram-se na faixa etária de 0 a 19 anos e a população com 60 anos e mais de idade corresponde a 7,48% do total (FORTALEZA, 2006).

Figura 4 – Pirâmide Populacional de Fortaleza (FORTALEZA, 2006).



Transição Demográfica: Gradativo envelhecimento da população, devido à redução da natalidade, à diminuição da mortalidade infantil e ao aumento da expectativa de vida.
Transição Epidemiológica: Substituição das doenças infecciosas pelas doenças não infecciosas e outros agravos e violências.

A economia de Fortaleza está concentrada no comércio atuante e bem diversificado. O centro da cidade é o local de referência para o terceiro setor, porém a cidade ainda conta com a estrutura de 10 shopping centers que atendem aos consumidores de seus principais bairros. A produção industrial está basicamente centrada nos ramos de vestuário-calçados (artefatos de tecidos, couros e peles), alimentos (extração e beneficiamento), minerais não-metálicos e produtos têxteis (FORTALEZA, 2007).

A partir de 1995, o turismo despontou como atividade de extraordinário crescimento. A demanda turística via Fortaleza aumentou em média, no período de 1995 a 1999, 16,5% ao ano. A cidade de Fortaleza tem hoje, no Turismo, uma eficiente fonte de geração de emprego e renda (FORTALEZA, 2007).

As manifestações folclóricas cearenses têm suas raízes na miscigenação das crenças e costumes dos brancos e negros que chegaram aos primórdios da povoação, com os indígenas (nativos). As manifestações folclóricas cearenses mais conhecidas são: Bumba meu-boi ou Boi-Ceará (cantos e danças de culto religioso ao boi, de tradição lusuibérica); Dança do Côco (originária dos negros, sendo que no litoral é somente para homens e no sertão é dançada aos pares); Torém (dança indígena originária dos Tremembés); Maracatu (de origem africana, consiste num cortejo dançante e, homenagem aos reis); e, Violeiros, Cantadores e Emboladores (manifestação musical, na maioria das vezes expressando críticas sociais. É de origem tipicamente nordestina) (FORTALEZA, 2007).

Sistema Municipal de Saúde: atenção básica e saúde mental

O município de Fortaleza encontra-se habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal, ainda em conformidade com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), o que coloca para a Secretaria Municipal de Saúde a responsabilidade de gestão do sistema local de saúde (FORTALEZA, 2006).

O Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza apresenta capacidade instalada para a realização de serviços primário, secundário e terciário. Integra a rede regionalizada e hierarquizada do SUS, sendo referência em âmbito micro e macrorregional e em espaços interestaduais (FORTALEZA, 2006).

O sistema local dispõe de 1.712 estabelecimentos de saúde inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde¹ (CNES), destes 7% estão sob a gerência direta de

uma das esferas governamentais de gestão do SUS, ressaltando-se que a gestão do Sistema, em âmbito local, é de responsabilidade do gestor municipal (FORTALEZA, 2006).

A rede constitui-se de 133 estabelecimentos públicos (8%) e 1.578 privados (92%). Dos públicos, 107 são da esfera administrativa municipal (80%), 21 da estadual (16%) e 5 (4%) da federal. Dos privados, 141 (9%) prestam serviços para o SUS de Fortaleza e dos públicos municipais, 81% são do tipo Unidades Básicas/Centro de Saúde (FORTALEZA, 2006).

O modelo de gestão à saúde vem se consolidando na última gestão administrativa (2005/2008) na lógica da inversão da hegemonia médico-privatista. A acentuada deliberação orçamentária e operacional para as ações de média e alta complexidade podem até ser justificadas pelo fato de o município ser referência macrorregional e estadual do sistema de saúde, mas por outro lado não imprime uma resposta pelo abandono às ações básicas até o ano de 2004.

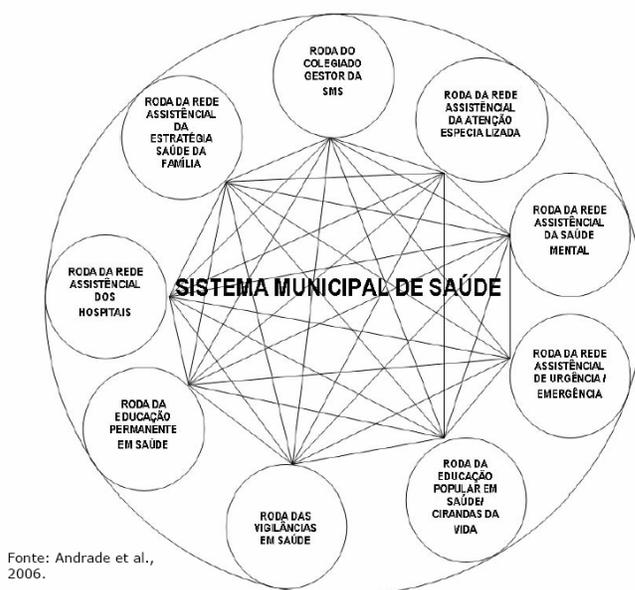
O modelo de atenção integral à saúde, adotado pelo sistema local, pressupõe as seguintes concepções/diretrizes:

... transdisciplinar, pelo fato da saúde ser produzida socialmente, inserindo em seu processo de produção múltiplas dimensões requerendo, portanto, a incorporação dos olhares, saberes e práticas dos diferentes campos de conhecimento; intersetorial, por necessitar da intervenção integrada, e não justaposta, dos vários setores junto aos determinantes e condicionantes da saúde, no sentido de transformação positiva do processo saúde-doença e multiprofissional, por requerer conhecimentos e tecnologias das várias categorias profissionais, dentro e fora do setor Saúde, cuja atuação conjunta deverá potencializar a integralidade da atenção à saúde (BARRETO et al., 2006, p.34).

A gestão de um sistema que toma como princípio a participação e o controle social na construção de um modelo de gestão e de atenção integral à saúde remete à obrigação de desenvolver também a gestão do Sistema de forma compartilhada e participativa.

Oficialmente, a Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza adota a concepção ética e política da co-gestão através da Roda de Gestão, que inclui o pensar e o fazer coletivo. Este processo é inserido em toda a política de saúde do município - vigilância à saúde, saúde-escola e humanizaSUS - (CAMPOS, 2000).

Figura 5 - Teia da Co-Gestão da Produção de Saúde no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza (FORTALEZA, 2006).



A Rede Assistencial da **Atenção Básica** do Sistema de Saúde de Fortaleza concebe a utilização de novas/outras ferramentas no processo de trabalho em saúde, como a territorialização em saúde, o planejamento local participativo, a escuta e o cuidado humanizado, a referência e contra-referência, a participação e mobilização social, entre outros (FORTALEZA, 2006).

O Programa Saúde da Família tem como base para sua organização em Fortaleza, o objetivo de reaproximar profissionais e cidadãos, mudando a concepção sobre a atenção em saúde, tendo como norte o cuidado e o acompanhamento integral das famílias (FORTALEZA, 2006).

A estruturação iniciada em 2005 teve como primeira etapa, a seguinte de intervenção: **territorialização** do município de Fortaleza, delimitando e configurando o espaço urbano para identificar características e necessidades da população. O objetivo foi estabelecer critérios racionais de atuação das equipes, de acordo com o nível de risco das áreas residenciais. A área municipal foi subdividida em quatro níveis de risco, cujo número de equipes é proporcional ao universo de pobreza da população. Esse trabalho também serviu para envolver a comunidade no novo projeto político, segundo a compreensão de que o SUS só pode ser viabilizado com a participação social (FORTALEZA, 2006).

Constatou-se, há época, que um milhão e 600 mil pessoas, o equivalente a 70% da população de Fortaleza, necessitavam do SUS de maneira mais efetiva. Para cobrir 100% desse contingente, seria necessário o trabalho de 460 equipes do PSF, com médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e odontólogos, além de 2.700 agentes comunitários de saúde (FORTALEZA, 2006).

A segunda etapa consistiu na **contratação** por concurso público de profissionais para o PSF, primeiramente convocados no número de 300 equipes (médico, dentista e enfermeiro) sendo que a meta até o final da gestão é atingir a meta de funcionamento de 460 equipes. Os agentes comunitários de saúde também foram selecionados de forma pública, sendo vinculados a uma autarquia pública. Os outros trabalhadores da atenção básica foram redimensionados em termos de lotação, até porque o município conta com um número adequado de pessoal apto para o trabalho nestes setores.

Antes, somente 15% dos moradores de Fortaleza recebiam cobertura do PSF. Com o concurso realizado em fevereiro de 2006, houve um aumento de 102 para 200 equipes, inicialmente. Os profissionais foram chamados gradativamente porque a estrutura física da Secretaria era insuficiente para comportar a todos, sendo as etapas atuais: **estruturação da rede e humanização para o cuidado integral** (FORTALEZA, 2007b).

O PSF pretende devolver para a atenção básica o que é da responsabilidade dela, resgatando o seu papel de porta de entrada do sistema, de onde só serão encaminhados para os centros de referência os pacientes com problemas mais complexos.

A Saúde da Família, estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, tem como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, incorporando e reafirmando os princípios básicos do SUS – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade – mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários (BRASIL, 2004).

O atendimento é prestado pelos profissionais das equipes de saúde da família (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas e auxiliares de consultório dentário) na unidade de saúde ou nos domicílios. Essa equipe e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias na comunidade (BRASIL, 2004).

A atual gestão municipal reafirma o compromisso estabelecido no programa de governo e pretende construir uma política de **saúde mental** que:

I - Implemente uma política de promoção de direitos em saúde mental comprometida com as necessidades da população, seguindo o ideário da Reforma Psiquiátrica, [...]; II- Conceba o campo de ação em saúde mental de forma ampla, estimulando práticas que possibilitem maior humanização e acolhimento dos serviços de saúde e dos espaços públicos em geral, seguindo as diretrizes do HUMANIZASUS; III- Promova a integralidade das ações de saúde mental em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica como eixo da rede de serviços de saúde em geral e dos serviços específicos de saúde mental; IV- Promova cuidados de saúde mental a nível comunitário, por meio de ações e atividades contínuas de educação popular em saúde junto à população, de forma a estimular o envolvimento das comunidades, familiares e pessoas usuárias dos serviços de saúde mental na discussão e implementação de práticas não excludentes das pessoas em situação de sofrimento mental e/ou portadores de transtornos mentais; V – Favoreça a universalidade de acesso aos serviços de saúde em geral que se fizerem necessários às pessoas em situação de sofrimento mental e/ou portadores de transtornos mentais; VI- Incentive constantemente a organização social e política da população, sobretudo de usuários e familiares dos serviços de Saúde Mental [...].(FORTALEZA, 2007b).

As diretrizes da política de saúde mental concebem o sofrimento psíquico e a atenção para com os sujeitos e sociedade neste campo também como um direito de cidadão propiciando a proteção social na comunidade.

A Rede Assistencial de Saúde Mental (RASM) de Fortaleza está sendo construída com serviços públicos de saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico, interligados aos demais serviços públicos de saúde e a equipamentos, dispositivos e recursos existentes na própria comunidade (ANDRADE et al, 2007).

Figura 6 - Rede de Proteção Social e de Assistência à Saúde Mental de Fortaleza (FORTALEZA, 2006).



Fonte: SMS / Rede Assistencial de Saúde Mental.

Os CAPS se estruturam como serviços de média complexidade. Parte-se de um entendimento de que a especificidade clínica de sua clientela, pela sua doença e condições de vida, necessita muito mais do que uma consulta ambulatorial mensal ou semanal. Organiza-se de forma a que o usuário, caso necessite, possa freqüentar o serviço diariamente, e é oferecida uma gama de atividades terapêuticas diversificadas e o acolhimento por uma equipe interdisciplinar (TENÓRIO, 2002).

Os CAPS foram criados oficialmente a partir da portaria GM 244/92 e eram definidos como Unidades locais/ regionalizadas de saúde com população adscrita e definida pelo nível local (BRASIL, 2002, 2003).

O projeto original do CAPS o define como sendo uma “estrutura intermediária” entre o hospital e a comunidade, que oferece às pessoas “um espaço institucional que buscase entendê-las e instrumentalizá-las para o exercício da vida civil”. Desta forma, torna-se possível o desenvolvimento de laços sociais e interpessoais essenciais para o estabelecimento de novas possibilidades de vida, contribuindo, assim, para o processo de reinserção social do paciente.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002, 2003) os CAPS são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede em saúde mental. Partindo da lógica da territorialização, propõe-se resgatar as potencialidades dos recursos comunitários a sua volta para cuidar de pessoas que sofrem com transtornos mentais, em especial os transtornos severos e persistentes.

Quanto à normatização podemos afirmar que os CAPS foram redefinidos no âmbito federal, pela Portaria nº 336 (BRASIL, 2002) que define três níveis de CAPS dependendo de seu porte, complexidade e abrangência populacional. Segundo Andreoli et al (2004) as três modalidades de serviços destinam-se ao atendimento público em saúde mental em modalidade de serviço ambulatorial de atenção diária. “Deverão estar capacitados para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo” (p.838).

Os CAPS I, II e III são destinados ao atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes. O CAPS I abrange municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funcionando das 08 às 18 horas, de segunda à sexta-feira. Já o CAPS II funciona em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes,

atendendo das 8 às 18 horas, de segunda à sexta-feira, podendo ter um terceiro período até 21 horas. O CAPS III funciona durante 24 horas e pode oferecer acolhimento noturno em municípios com população acima de 200.000 habitantes. Este acolhimento e a permanência nos fins de semana devem ser atendidos como mais um recurso terapêutico, visando proporcionar atenção integral aos usuários dos CAPS e evitar internações psiquiátricas. Ele poderá ser utilizado nas situações de grave comprometimento psíquico ou como um recurso necessário para evitar que crises surjam ou se aprofundem (BRASIL, 2002, 2003).

Os CAPS são ainda classificados de acordo com seu público-alvo: CAPS para infância e adolescência (CAPSi) e os CAPS destinados aos usuários de álcool e drogas (CAPSad).

Os CAPSi é um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psicologicamente, estando incluídos os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais. Em geral, as atividades desenvolvidas são as mesmas oferecidas nos CAPS, sendo, entretanto, dirigidas para a faixa etária a quem se destina atender (BRASIL, 2002, 2003).

Para pacientes cujo principal problema é o uso prejudicial de álcool e outras drogas foi desenvolvido o CAPSad, que oferece atendimento diário aos pacientes, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Possibilita ainda intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento, oferece condições para o repouso, assim como para a desintoxicação ambulatorial de pacientes que não demandem por atenção clínica hospitalar (BRASIL, 2002, 2003).

Os CAPS apresentam como objetivos principais: prestar atendimento de regime de atenção diária; gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas; organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde); regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental da sua área; coordenar junto com o gestor local atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território; manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental (BRASIL, 2002, 2003).

Tais medidas buscam implementar os três níveis de atuação (primário, secundário e terciário), permitindo a sua integração e regionalização como forma de, em médio prazo, corrigir a distorção centrada na atenção terciária (hospitalocêntrica). Assim, a porta de entrada para o atendimento seria a rede básica, preconizando a progressiva desospitalização, para não “fabricar”, a partir do hospital, tantos casos crônicos (LANCETTI, 1989).

Os CAPS se constituíram, então, uma ampliação tanto na intensidade dos cuidados a pessoa em sofrimento psíquico grave quanto na sua diversidade incluindo as especificidades de sua clientela e da cidade ou local onde estão inseridos.

Em Fortaleza, atualmente, estão funcionando 14 unidades do tipo CAPS, sendo que cada área das 6 (seis) Secretarias Executivas Regionais (SER) possuem 01 unidade em cada modalidade de CAPS: 01 do tipo Geral e outro do tipo Álcool e Drogas (AD). Existem ainda 2 CAPSi (infantil) direcionados à atenção junto a crianças e adolescentes sendo instalados na área da SER IV (referência para todas as áreas pares) e outro na SER III (referência para as áreas ímpares).

O processo de desinstitucionalização psiquiátrica com a desativação de leitos psiquiátricos é mormente na capital, pois, 7 (sete) dos 8 (oito) hospitais psiquiátricos ainda em funcionamento no Estado estão instalados na cidade de Fortaleza.

A internação psiquiátrica em leitos de hospitais gerais está sendo implementada, inclusive com a abertura de uma unidade clínica em hospital geral na rede conveniada ao SUS e também nas unidades de emergência da rede própria do sistema.

A existência do Serviço Móvel de Atendimento em Urgência (SAMU) favorece o atendimento em momentos de crise e/ou surtos. A política municipal de saúde mental prevê ainda a abertura de Residências Terapêuticas (RT) em cada regional e o cadastramento em nível nacional para os egressos dos manicômios, sem laços familiares no Programa de Volta pra Casa (PVC) do Ministério da Saúde, para favorecer a inserção social dos sujeitos seqüelados pelo modelo de assistência manicomial.

A precarização do trabalho em saúde mental é fato e instabiliza as relações trabalhistas dentro da rede de atenção de saúde mental, em contraste com o princípio da integralidade das ações (vínculo, compromisso, etc) definido pela administração municipal. A gestão da área de saúde mental no município é coordenada por um colegiado (3 membros) que atuam na articulação da própria rede de saúde mental e com as outras instâncias do sistema municipal, assim como as instituições e serviços do território.

Sujeitos da Pesquisa

O alcance de respostas e descrições sobre o objeto de estudo e a opção pela pesquisa qualitativa isenta a inclusão de dimensões quantitativas e/ou numéricas no processo de seleção dos sujeitos participantes.

Os sujeitos do estudo foram definidos (vide quadro1) pela composição operacional da equipes de trabalhadores da saúde mental no CAPS sob investigação. O termo trabalhador de saúde expande o núcleo profissional restrito à formação técnica ou acadêmica e inclui outros participantes do processo de produção do cuidar.

A divisão dos grupos representantes ocorreu da seguinte maneira, como descrito:

Quadro I – Grupos de Representantes para o Estudo

| GRUPO | REPRESENTAÇÃO |
|--------------|--|
| I | Equipe do CAPS Geral (07 trabalhadores de nível de escolaridade fundamental e médio de 01 equipe do Centro de Atenção Psicossocial) |
| II | Equipe do CAPS Geral (07 trabalhadores de nível de escolaridade superior 01 equipe do Centro de Atenção Psicossocial) |

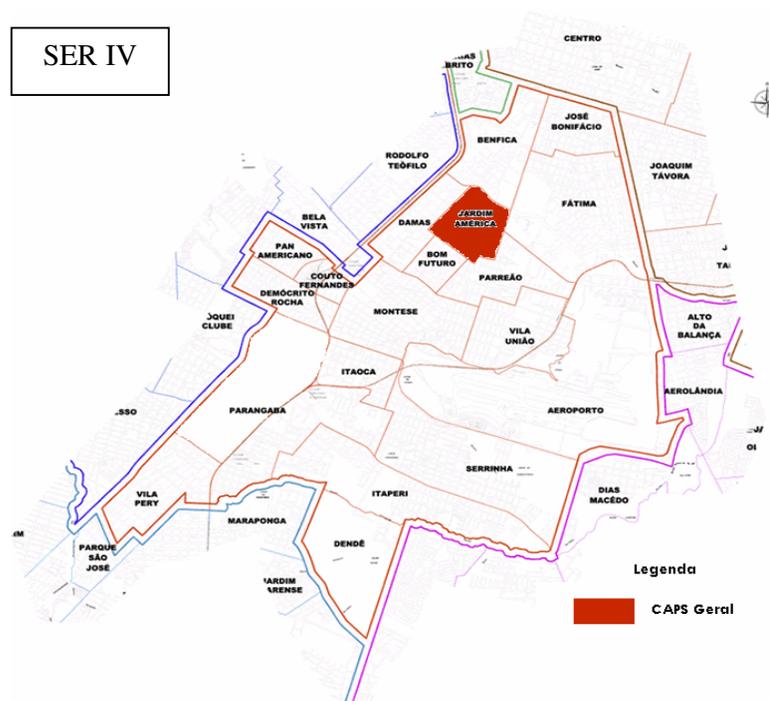
A configuração de cada grupo ocorreu na própria etapa exploratória da pesquisa, em que foi percebida a necessidade operacional para esta divisão de natureza operacional, para realizar a caracterização de cada sujeito em relação a sua formação e sobre as ações desenvolvidas no serviço.

Quadro II – Representação dos trabalhadores de saúde participantes do estudo.

| GRUPO | Trabalhador de Saúde |
|-------|---------------------------------------|
| I | Auxiliar de Enfermagem |
| I | Vigilante |
| I | Técnico de Enfermagem |
| I | Cozinheira |
| I | Auxiliar Administrativa/Recepcionista |
| I | Auxiliar de Serviços Gerais |
| I | Arte-terapeuta |
| II | Farmacêutica |
| II | Psicóloga/Coordenadora |
| II | Terapeuta Ocupacional |
| II | Psicóloga |
| II | Psicóloga |
| II | Médico |
| II | Enfermeira |

A equipe de saúde mental referida na seleção dos grupos foi selecionada no âmbito da área geográfica da Secretaria Regional IV, de acordo com a divisão geo-sanitária do município de Fortaleza-CE.

Figura 7 – Localização Geográfica (Secretaria Executiva Regional – SER IV) do território da investigação.



Técnicas de Coleta de Dados

Para a coleta de dados foram utilizadas 2 (duas) técnicas: a **entrevista semi-estruturada** e a **observação sistemática** das práticas de saúde mental no contexto do CAPS. A entrevista é uma técnica que busca abordar questões subjetivas e objetivas (Apêndice C).

A entrevista possibilita a obtenção de informações a partir das falas dos entrevistados. A neutralidade na relação empreendida no processo de aplicação da entrevista é limitada pelo fato de os sujeitos (pesquisador-entrevistado) estarem inseridos em um mesmo contexto e, portanto, vivenciam também o espaço onde está focalizada a investigação (MINAYO, 1999).

A estruturação prévia da entrevista que vai caracterizar a “entrevista semi-estruturada” parte de questionamentos e reflexões baseados em teorias e ou hipóteses formuladas antes, e até mesmo no processo de aplicação do instrumento, o que decorrerá o aumento da amplitude investigativa (TRIVIÑOS, 1992).

Minayo (2006, p. 191), ao descrever sobre a entrevista semi-estruturada, considera importante a elaboração de um roteiro que “deve desdobrar os vários indicadores considerados essenciais e suficientes em tópicos que contemplem a abrangência das informações esperadas”.

Neste estudo, foi elaborado apenas um roteiro de entrevista destinado aos trabalhadores de saúde mental do CAPS, independente do nível de escolaridade, pelo entendimento de que todos exercem e operam o cuidado clínico no campo psicossocial (Apêndice C).

A gravação das entrevistas foi armazenada na íntegra em arquivos digitais de áudio, com autorização prévia dos entrevistados. É válido ressaltar, que após a gravação, todas as fitas estão à disposição do entrevistado, para que o mesmo possa ouvi-la, e caso deseje modificar ou acrescentar questões relativas ao seu depoimento, poderá ficar à vontade para fazê-lo. Após a coleta, os dados contidos no material gravado foram analisados pelos pesquisadores e estão ainda guardados por cinco anos, sob responsabilidade do grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem da UECE para serem utilizadas por outros pesquisadores que se interessarem sobre o tema em estudo, contanto que seja preservado o anonimato dos sujeitos.

A observação sistemática é uma maneira de compreender a realidade de forma complementar à análise obtida a partir da entrevista, pois permite captar uma realidade

empírica em suas diferentes dimensões, tais como atos, significados e relações (TRIVINOS, 1992).

A observação sistemática (Apêndice D) foi orientada pelo mesmo roteiro da entrevista, para possibilitar o confronto com os dados apreendidos entre a representação (fala/depoimento) e a prática concreta no serviço de saúde mental.

Em relação às observações foram registradas em diário de campo a memória do dia observado, sendo disponibilizada para os sujeitos participantes aprovarem, reprovarem ou acrescentarem mudanças no contexto. O momento escolhido para esta exposição foi as rodas de conversas (reuniões) semanais da equipe do CAPS. Os registros foram utilizados como material de análise, também sob aprovação das pessoas envolvidas.

Em síntese, a coleta do material empírico manteve os princípios éticos que norteiam o trabalho científico, guardando o anonimato e sigilo quanto à autoria das respostas dos entrevistados e observado.

Caminho metodológico do estudo

O projeto foi submetido à análise do **Comitê de Ética** em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) sob o processo nº 074990026-8 e a pesquisa de campo somente teve seu início após aprovação conforme o parecer (Anexo A). Os sujeitos do estudo tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que ao assinar, assumiam que estavam esclarecidos sobre a participação na pesquisa, sob os auspícios éticos delineados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1998). O termo de consentimento foi assinado em duas vias por todos os sujeitos entrevistados (Apêndice A e B).

Em se tratando dos aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos, consta na Resolução 196/96 que: “toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade” (BRASIL, 1998). O pesquisador ficará responsável, caso necessário, por suspender a pesquisa imediatamente se perceber algum risco ou dano à saúde do sujeito participante.

Na submissão e conseqüente aprovação do Comitê de Ética, foi realizada uma visita à Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, junto à Coordenação Colegiada de Saúde

Mental, na qual o projeto de pesquisa foi explicitado em relação ao corpo teórico e metodológico do estudo.

Em etapa subsequente, depois de concebida a autorização consensual para realização da pesquisa no CAPS Geral, foi comunicada a decisão junto a Coordenação de Saúde da Secretaria Executiva Regional (SER). Em momento posterior, ocorreram 2 vistas à Coordenação Regional de Saúde Mental, em que as informações sobre o CAPS escolhido, assim como as características básicas de operação do mesmo no território da SER IV foram repassadas e discutidas, o que possibilitou uma aproximação preliminar do campo empírico.

A inserção do estudo no campo de pesquisa, ou seja, no Centro de Atenção Psicossocial investigado, foi inicialmente autorizada por meio de ofício da Secretaria Executiva Regional IV, em que foi solicitada e realizada uma apresentação do projeto de pesquisa para toda a equipe de trabalhadores do CAPS.

O contato prévio, por meio da reunião de apresentação da proposta de investigação, favoreceu a flexibilização das relações entre os pesquisadores e a equipe no sentido da disponibilidade presencial em interagir com todas as etapas almejadas.

O período de obtenção dos dados ocorreu entre os meses de abril e julho de 2008.

A coleta foi iniciada com a realização das entrevistas. Neste momento, a disponibilidade do pesquisador, por ser mais requisitada, devido à dinâmica de atendimento diário do serviço público que ainda mantém um excesso numérico de atendimentos, consultas, visitas e outras atividades, ocorreu de forma integral, já que a condição referida, acabava por diminuir o tempo dos trabalhadores para a devida disponibilidade.

Em relação à aceitação e privacidade (presentes no Termo de Consentimento) no momento da realização das entrevistas, foi feita de forma adequada ao se reservar um espaço mais privativo, e também confortável para obter mais facilidade em disponibilizar as informações por parte da equipe.

A observação sistemática ocorreu de forma simultânea com o período de entrevistas, pois o reconhecimento de “viés” em relação ao processo precisou ser minimizado, fato este facilitado também pela experiência acumulada no campo de conhecimento da saúde mental, naquele momento, pelos pesquisadores.

Análise de Dados

Na análise do material empírico das entrevistas e observações, para o melhor entendimento das questões deste estudo, teve-se como base Minayo (2006), em que o objeto de análise é a práxis social, e o sentido que se busca a perspectiva crítica-analítica, seguindo os passos descritos abaixo:

I - Ordenação dos dados

No primeiro contato com os “dados brutos” realizamos a transcrição fiel e a leitura geral do conjunto das entrevistas gravadas. Em seguida, procedemos à organização dos dados contemplados nas entrevistas, com o objetivo de estabelecer um mapeamento horizontal do material empírico coletado no campo de estudo, organizando-o em diferentes conjuntos. As entrevistas foram classificadas e organizadas como seguem as etapas subseqüentes.

II - Classificação dos dados

Etapas I – leitura exaustiva e flutuante do material coletado nas entrevistas e observações, na busca de estabelecer relações e elaborar unidades categoriais, a partir das idéias centrais sobre o tema em questão.

Os dados contidos nas entrevistas foram classificados a partir de categorias que emergiram da leitura repetitiva dos textos, bem como das questões norteadoras e dos objetivos propostos, a saber: acolhimento; vínculo; autonomia; responsabilização; resolutividade e práticas de saúde mental.

A identificação das categorias nas entrevistas e observações contribuiu para a estruturação das categorias empíricas.

Após a elaboração das categorias empíricas, foram selecionadas, em cada entrevista e observação, as falas e os registros no diário de campo que se identificaram com as categorias, “recortando-as” e “colando-as” na categoria correspondente. Em seguida, foi feita a síntese de todos os trechos recortados em cada categoria, e montados dois quadros de análise para os trabalhadores entrevistados e instituições observadas.

Em cada entrevista, foram recortados os discursos correspondentes as unidades categoriais e em seguida, fizemos uma síntese. Ao final, foi montado um quadro, mostrado a seguir, para cada grupo de entrevistados, no qual se confronta as categorias de cada texto.

Após a montagem dos quadros de análise para os grupos de entrevistados e instituições observadas, iniciou-se a leitura transversal de cada corpo de comunicação, estruturado a partir das unidades temáticas empíricas. O cruzamento das idéias contidas nos diferentes grupos que compõem a análise, fez-se na filtragem dos temas mais relevantes relacionados ao objeto, às questões orientadoras e aos pressupostos teóricos, buscando-se o confronto de idéias entre as diferentes representações específicas e singulares, num processo de refinamento e aprofundamento classificatório.

Quadro III- Confronto dos depoimentos do Grupo I (7 pessoas)

| Unidades analíticas | Entrevista 1 | Entrevista 2 (...) | Entrevista 7 | Síntese horizontal |
|----------------------------|---------------------|-------------------------------|---------------------|---------------------------|
| Acolhimento | | | | |
| Vínculo | | | | |
| Autonomia | | | | |
| Responsabilização | | | | |
| Resolutividade | | | | |
| Práticas em Saúde Mental | | | | |
| Síntese Vertical | | | | |

Fonte: Adaptado de Assis (1998).

Foi elaborado um quadro para cada grupo de entrevistados (I e II) como representado no modelo acima. Posteriormente, foi feito o confronto da síntese de cada unidade entre os diferentes grupos, conforme segue descrito.

Quadro IV- Confronto das unidades analíticas entre os Grupos I e II (14 pessoas)

| Unidades analíticas | Grupo I | Grupo II | Síntese horizontal |
|----------------------------|----------------|-----------------|---------------------------|
| Acolhimento | | | |
| Vínculo | | | |
| Autonomia | | | |
| Responsabilização | | | |
| Resolutividade | | | |
| Práticas em Saúde Mental | | | |
| Síntese Vertical | | | |

Fonte: Adaptado de Assis (1998).

No processo analítico, o resultado no confronto entre as sínteses horizontais dos grupos e na contínua revisão do conteúdo das entrevistas foi construído as unidades temáticas empíricas do estudo.

Etapa II – leitura transversal dos corpos de comunicação estruturados a partir dos núcleos de sentido. Por fim, de forma mais acurada sob o material analisado, foi possível realizar a articulação dos temas relacionados com o objeto, de modo a refazer e reagrupar as categorias deste estudo.

Quadro V- Confronto das categoria empíricas do Grupo I (7 pessoas)

| Categorias Empíricas | Entrevista 1 | Entrevista 2 (...) | Entrevista 7 | Síntese horizontal |
|---|---------------------|---------------------------|---------------------|---------------------------|
| A prática clínica em saúde mental na transversalidade da produção do cuidado integral | | | | |
| A organização do trabalho em saúde e sua interface com as tecnologias das relações no cuidado clínico em saúde mental | | | | |
| Síntese Vertical | | | | |

Fonte: Adaptado de Assis (1998).

Assim, foi realizado o confronto com todos os sujeitos do estudo, e, posteriormente entre os 2 (dois) grupos. O confronto pressupõe a própria dialética das idéias e posições dos sujeitos no campo da práxis em saúde mental. O referido confronto foi buscado por meio das convergências, divergências, diferenças e complementaridades no processo dinâmico da (re)construção dos saberes e concepções emergidas no mesmo.

Quadro VI- Confronto das categoria empíricas entre os Grupos I e II (14 pessoas)

| Categorias Empíricas | Grupo I | Grupo II | Síntese horizontal |
|---|----------------|-----------------|---------------------------|
| A prática clínica em saúde mental na transversalidade da produção do cuidado integral | | | |
| A organização do trabalho em saúde e sua interface com as tecnologias das relações no cuidado clínico em saúde mental | | | |
| Síntese Vertical | | | |

Fonte: Adaptado de Assis (1998).

O registro das observações não foi analisado a partir de quadros classificatórios. As categorias empíricas consistiram no eixo norteador da interface de análise entre os discursos confrontados e as situações vivenciadas e observadas pelos pesquisadores.

III - Análise final dos dados

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

A análise dos dados empíricos, que teve como referência as categorias empíricas resultantes do cruzamento entre as diferentes informações e a articulação com o referencial teórico, através da técnica de triangulação do material empírico (TRIVIÑOS, 1992) possibilitou as várias dimensões de o processo investigativo confrontar-se.

Para Minayo (2006), essa intersecção de diferentes olhares possibilita a verificação e validação da pesquisa por meio do uso simultâneo de diversas técnicas de análise, diferentes sujeitos e pontos de vistas distintos.

Nessa etapa, houve a possibilidade da fusão entre o real vivenciado pelos sujeitos sociais da pesquisa, em seu cotidiano e em seus contextos práticos e o mundo conceitual e teórico e também vivo do pesquisador, ambos com suas condições sócio-históricas e culturais.

O processo de investigação no campo social e humano é produzido e produz, ao mesmo tempo, uma objetivação da realidade, assim como a objetivação do investigador que se torna também produto de sua própria produção (MINAYO, 2006).

Os resultados se apresentam, em seguida, na configuração analítica do objeto de estudo, conformado na *“Compreensão das práticas de saúde mental na produção do cuidado com eixo na integralidade e tecnologia das relações”*.

COMPREENSÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE MENTAL NA
PRODUÇÃO DO CUIDADO E TECNOLOGIA DAS RELAÇÕES:
RESULTADOS

Este capítulo constitui-se de duas unidades categoriais, são elas: *A prática clínica em saúde mental na transversalidade da produção do cuidado integral* e *A organização do trabalho em saúde e sua interface com as tecnologias das relações no cuidado clínico em saúde mental*, as quais foram interpretadas, buscando-se os significados e sentidos do contexto da investigação.

CATEGORIA I - A PRÁTICA CLÍNICA EM SAÚDE MENTAL NA TRANSVERSALIDADE DA PRODUÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL

A possibilidade da integralidade em saúde estar cerceada não tão-somente por um conjunto de mudanças de práticas ou saberes, mas por uma mudança de posturas ou de focos ou do ver-sentir o outro. Este outro deve ser entendido como aquele que precisa ser acolhido, e não apenas como quem comparece ao serviço na face da demanda. Um outro como uma história de vida, como um espaço de interlocução, como um indivíduo autônomo e não somente uma pessoa, na instância jurídica, definida no exercício de direitos e cumprimento de deveres.

Na condição de um sujeito em que se revele um amplo percurso constituído também de práticas e saberes próprios. Este sujeito que se faz e que se elabora além das circunscrições do conhecimento psi, ou das formulações antropológicas e sociológicas.

O outro como a pré-concepção, que Gadamer (1998) julga necessária para a ocorrência de um espaço de comunicação em que os horizontes sejam fundidos, conferindo uma conjuntura em que as individualidades sejam afirmadas, eticamente vividas e respeitadas, integralmente vistas, observadas e cuidadas. É nesta fusão que se conduz à descrição gadameriana do acontecimento compreensivo.

A compreensão, sempre atuante na totalidade de relações com as coisas, constitui-se como 'condição primordial' de toda experiência humana. E é neste âmbito que a hermenêutica realiza a sua tarefa principal, isto é, a reflexão do que ocorre no evento da compreensão.

Gadamer (1998, p.14), pensando a compreensão como um processar histórico sempre efetivo e atuante na vida humana em seu caráter comunitário, ressalta esse aspecto prático presente em toda compreensão na seguinte passagem:

A compreensão implica sempre uma pré-compreensão que, por sua vez, é prefigurada por uma tradição determinada em que vive o intérprete e que modela os seus preconceitos. Assim, todo encontro significa a "suspensão"

de meus preconceitos, seja o encontro com uma pessoa com quem aprendo a minha natureza e os meus limites, seja com uma obra de arte (“não há um lugar em que não possa ver-te, deves mudar a tua vida”) ou com um texto; e é impossível contentar-se em “compreender o outro”, quer dizer, buscar e reconhecer a coerência imanente aos significados-exigências do outro. Um outro chamado está sempre subentendido. Tal como uma idéia infinita, o que também está subentendido é uma exigência transcendental de coerência na qual tem lugar o ideal de verdade. Mas é ainda necessário que eu esteja disposto a reconhecer que o outro (humano ou não) tem razão e a consentir que ele prevaleça sobre mim.

O aspecto essencial da noção gadameriana de compreensão institui-se no carácter universal e dialógico, que faz desta mesma noção uma estrutura essencial ao ser humano e também, por consequência, um pressuposto a todo discurso, em que o compreender está sempre motivado por prejuízos ou preconceitos. A orientação prévia a todo compreender que, para além de aceitação ou recusa, constitui a base da compreensão. No processo compreensivo sempre estamos munidos de opiniões que não podemos abandonar (GADAMER, 1998).

O dispositivo de saúde pressupõe um dispositivo de verdade, em cujo discurso se dispersa um jogo de saber-poder-verdade (FOUCAULT, 1992). E essa verdade, esse saber-poder vem a ser produzido dentro da elaboração de uma disciplina que no entender foucaultiano é o princípio do controle de um discurso. Ou seja, estamos no dispositivo da saúde a partir de uma produção de discurso, cujas bases remetem ao saber-poder co-construídos em produção de verdades que se fazem novos discursos, os quais demarcam possibilidades para a elaboração de novos saberes, poderes e mais verdades.

Entendendo o cuidado sob o prisma da integralidade, tomando-o, como princípio, à imagem de que a verdade não omite, não oblitera, não interdita. Tendo-o como parte de um encontro, como um dos horizontes a ser percebido no encontro da práxis, no devir do cuidado, no entrecruzar de olhares e percepções e dispersões de outros e discursos.

Na clínica e em seu labor, no refazer dessa concepção, constitui-se, para a humanidade, a integralidade um dispositivo de verdade, que no entanto não se entende ou se legitima como único ou válido.

Seguindo a tônica do dispositivo, não para uma definição, mas para permitir novos elementos constituintes dessa construção do pensamento hermenêutico-dialético, ainda partilhamos de Deleuze (1990) a idéia de que os dispositivos são como máquinas de fazer ver e de fazer falar.

Em análise da obra de Foucaultiana, e dentre as dimensões em que este dispositivo se compõe e se estabelece, o referido autor destaca a “dimensão do poder”, *sui generis* ao interno de qualquer dispositivo, composta ou aliada ao saber.

Atentando a esse semblante, os dispositivos têm, por conseguinte, como componentes, dentre outros, diversas linhas que possibilitam a visibilidade, a enunciação, muitas vezes a força e a subjetivação, e dinamicamente ainda são como linhas de ruptura que se entrecruzam e se misturam.

No entender de Deleuze (1990), somos pertencentes a determinados dispositivos e neles agimos. A novidade de um dispositivo em relação aos anteriores é o que chamamos sua atualidade, ou seja, nossa atualidade. O atual, para o autor, não é o que somos, mas aquilo em que nos tornamos, o que vimos a ser, quer dizer, o outro, nossa diferente evolução.

Nesse ínterim, não se estaria esculpindo um esboço aproximativo para critérios de discussão à possibilidade de se entender o que se pode chamar de um dispositivo da saúde, para o cuidado? E esta curva dialética, essa elipse que ressoa o devir e a própria contradição com a dimensão do agora, do atual, do novo, estaria associada à dimensão da prática pela e para a integralidade, para além do viés do sucesso e do controle da saúde, da visão intervencionista e reducionista, da objetividade inscrita em uma prática biológica, farmacológica e curativa.

Uma elipse que se faz intersubjetiva, que traz e permite o sujeito. Talvez, desse modo, possa transcorrer a fusão de horizontes teorizada por Gadamer (1988, p. 73), quando relata que “só teremos alguma probabilidade de compreender os enunciados que nos preocupam se reconhecermos neles nossas próprias perguntas”. Um diálogo em que os sujeitos se apresentem como eles e não apenas como práticas e saberes pré-estabelecidos e recomendados. Um diálogo sumamente aberto, amplo, focado nos espaços múltiplos que se criam e se reinventam na ação para o cuidado, nas instâncias do cuidar.

A integralidade se resolve ou se dissolve na pragmática das relações e da comunicabilidade dos sujeitos que fazem e dispersam esse dispositivo de saúde. O que envolve cuidado, cuidador, pensador, crítico, observador, pesquisador e todos os elementos, apropria-se da conjuntura que emerge uma concepção de saúde e de vida.

Fazem-se, fabricam-se, elaboram-se cuidados? Ou o cuidado é uma condição que pode ser revalidada, refeita e reelaborada a cada possibilidade de seu acontecimento?

O cuidado resvala em uma pré-concepção instituída e institucionalizada, remetida a um dispositivo de verdade, a um discurso de um saber-poder único, ou ele restitui-se a cada nova abordagem, intervenção.

Poder-se-ia dizer que o cuidado é devir, está no devir, porquanto dialético e hermenêutico. Em sendo dialético por perceber-se no alinhavar deste estranhamento de concepções. Em sendo hermenêutico por produzir-se num conjunto de práticas e saberes que prescindem de um contexto valorativo, interpretativo e múltiplo (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2006).

O cuidado também é discurso e se faz tendo a verdade, e assim, é a clínica, mas que não se pode ver ou constituir-se única. Mas que sua própria escultura abarque a escuta e a fala como elementos dessa hermenêutica, dessa relação dialética, e não tão-somente esculpida pelas verdades e discursos fragmentadores como o olhar clínico alheio, ainda pautado no diagnóstico e na intervenção do procedimento técnico e biológico (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2006).

Na esfera dessa elaboração do sujeito, a atenção à saúde que se queira e se permita integral não pode se restringir ao espaço terapêutico, ao eixo de comunicabilidade com o usuário, mas passa a admitir as circunscrições socioculturais em que este sujeito se insere e se revela. É preciso perceber o cuidado como rede, como uma articulação de outros organismos e redes de apoio (SILVA JUNIOR; ALVES; ALVES, 2005).

O ser que se pode compreender é a linguagem e nela, em cuja dimensão pragmática dialógica e relacional se estabelece o vínculo terapêutico, havendo a abertura para um dispositivo de cuidado que verse sobre todos os monólogos e discursos que se fazem as demandas em saúde, e em seguida se supõem prática cuidadora. Por conseguinte ensejam os marcos referenciais para um diálogo sobre o diálogo (GADAMER, 1996).

Na tentativa de percebermos na atenção integral antes da demanda, os sujeitos, antes da aproximação entre dois mundos distintos ou do estabelecimento do

discurso terapêutico, a intersubjetividade, o diálogo entre sujeitos multifacetados, pré-concebidos, pré-moldados antes desse possível encontro (AYRES, 2001).

Assim, demarcamos não apenas uma linha de proximidade, mas um ambiente de linguagem, em que o vazio entre profissional e sujeito-coletividade seja dirimido ou pelo menos não reforçado, e ainda em que a visão das ciências da saúde supere a tangibilidade do adquirir, ser, manter a saúde pela ênfase do fracasso (AYRES, 2001).

O adoecer humano enseja livrar-se da prática médica ocidental enraizada na moral do procedimento científico como aplicação do que é verdadeiro. A superação perpassa pela busca do que é bom, o saber por excelência, tornando diretrizes para condutas que estendem o monopólio para além dos limites biológicos (LAPLATINE, 1991).

Nesse traçado epistêmico, a ciência se define na própria explicação do acontecimento ocorrido. A verdade científica não se detém à predição do futuro, apenas com a descrição do fato. A validade da ciência está em sua conexão com a vida cotidiana e para tanto os olhares e a escuta do pesquisador precisam estar atentos para melhor perceber os acontecimentos em suas diferentes formas e movimentos (MATURANA, 2001).

O espaço do cuidado definido no cotidiano do Centro de Atenção Psicossocial apresenta uma diversidade de atividades e procedimentos voltada para o restabelecimento da condição humana saudável de cada usuário atendido.

Na escolha pragmática dos trabalhadores de saúde ao realizar a produção do ato de cuidar, muitas vezes, algumas abordagens se distinguem pela adequação imediata ao objeto de intervenção, no caso, o sujeito em sofrimento psíquico, e, assim, tornam-se prevalentes na lida cotidiana dos serviços de saúde mental.

O sentido terapêutico de cada abordagem adotada e exercida pelos trabalhadores de saúde, na relação com o usuário, efetiva-se na manutenção do estado de equilíbrio da condição de saúde e na adaptação subjetiva às formas de convívio com o adoecer psíquico.

As abordagens terapêuticas grupais fortalecem as relações entre os membros da equipe e os usuários participantes. A utilização desta prática no projeto terapêutico

dos espaços de cuidado em saúde mental, principalmente, no CAPS, parece ser a convergência dos entrevistados neste estudo.

(...) [No CAPS] tem os grupos de mulheres, certo. Passa mais a questão do feminino. (...) [Temos ainda o] grupo de leitura na intenção da leitura da [própria] vida com os pacientes para eles lerem [sobre o cotidiano] da vida [por] trás das reportagens de jornal, por trás das revistas e, eles vão discutindo aqueles temas **(Grupo II)**

Os grupos terapêuticos ocorrem em todos os núcleos do CAPS e as temáticas são definidas dentro do projeto terapêutico específico dos participantes de cada grupo. As técnicas utilizadas são bastante interessantes e tomam como sentido básico, a utilização de recursos simples mas de fácil adesão pelos usuários, tais como: jornais, revistas, argila, cola, papel, cartolina, material reciclável, etc. A equipe demonstra habilidade terapêutica na condução dos mesmos e os problemas enfrentados apresentam uma resolutividade ampla, obliterada somente em casos de difícil articulação intersetorial. Assim, a equipe busca sempre a troca das experiências e desafios nas reuniões semanais com todos os trabalhadores **(Observação)**

Os grupos terapêuticos são instrumentos que possuem um amplo espectro de possibilidades para a atuação clínica. As temáticas necessárias para evidenciação e expressão da subjetividade humana são incorporadas de forma significativa nas intervenções propostas.

O compartilhamento de experiências e vivências é permitido a partir da ocorrência de diálogos e encontros permeados pela escuta e orientação ativa na construção de projetos terapêuticos condizentes com as necessidades dos sujeitos envolvidos. A prática terapêutica grupal pode favorecer uma maior capacidade resolutiva, por possuir vários olhares direcionados para um problema em comum (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

No entanto, o engajamento direto dos trabalhadores de saúde na prática grupal depende da forma como é constituída a distribuição dos atos laborais na equipe multiprofissional do CAPS. Alguns componentes da equipe estão diretamente ligados a atividades relacionais de natureza mais individual entre quem cuida e é cuidado.

O tempo disponibilizado para realização de grupos também indica a participação dos trabalhadores neste tipo de atividade. Devido a atividades também importantes na condução do processo do cuidado em saúde mental, alguns membros da equipe do CAPS, têm pouca disponibilidade de tempo para efetivar a participação nos grupos.

(...) eu faço acolhimento na terça, matriciamento na quinta, tem o dia da triagem, eu também preciso fazer o serviço da farmácia, aí não tem condição (...) eu já fiz, às vezes eu vou, mas para ter um grupo não dá. (...) a gente faz acolhimento (...) agente faz a triagem do paciente (...) fazemos anamnese, visita domiciliar. O trabalho em grupo é a outra colega. (...) eu não faço porque não tenho tempo (...) porque não dá,

eu tenho que cobrir outras coisas e sempre eu estou nesses outros afazeres (**Grupo II**).

Na recepção, é possível perceber o compromisso da equipe com a organização do atendimento. A demanda é sempre crescente, porém o serviço já conta com uma rotina expressa no cotidiano de todos os membros da equipe para favorecer a melhor resolução dos problemas que surgem. A principal atividade, nesse sentido, é a triagem diária, com o “acolhimento” por um dos profissionais de nível superior, onde é realizada a entrevista (anamnese) e o consequente encaminhamento no serviço ou para o local específico a cada caso. Os usuários apresentam-se sob referência de unidades de saúde da família (PSF) ou de outros serviços da rede municipal de saúde e também de serviços intersetoriais. A demanda espontânea ocorre em pequena proporção, muitas vezes, associada a falta de informação sobre o serviço que deve procurar em determinadas situações (**Observação**).

A participação do terapeuta na terapia grupal é essencial, pois permite o processamento das informações e experiências necessárias para incentivar as mudanças. O grupo constitui uma técnica considerada mais apropriada para ajudar a examinar os problemas e, se possível, solucioná-los. Assim, a participação efetiva do terapeuta colabora com o modo de o usuário lidar de forma mais crítica e adequada com a realidade vivenciada (BECHELLI; SANTOS, 2002).

A equipe de saúde mental, pela necessidade de efetivar o cuidado, deve perceber no grupo terapêutico a possibilidade da criação de uma situação interpessoal maior e, potencialmente, mais poderosa que o relacionamento terapeuta-paciente individual (PELUSO, BARUZZI, BLAY, 2001).

Tomando a interdisciplinaridade na produção de saberes, no agir em saúde como a integração de várias disciplinas e áreas do conhecimento, e a multiprofissionalidade pela atuação conjunta de várias categorias, é válida a compreensão de que o trabalho em equipe é a ampliação compreensiva para lidar com a complexidade que é a atenção primária, a qual toma a saúde no seu contexto pessoal, familiar e social, bem como a promoção da saúde, e prevenção e reabilitação. Ainda pressupõe a intersetorialidade como parceira na resolutividade dos problemas de saúde (PEDUZZI, 1998).

A atividade grupal como recurso terapêutico apresenta-se como uma possibilidade de escolha entre a equipe do CAPS e o usuário. O andamento terapêutico proporcionado pelas trocas e intervenções na busca pela melhor adaptação de vida define qual mecanismo será adequado a esta prática.

Em algumas situações, o desenvolvimento de diálogos com temáticas específicas das subjetividades singulares de cada sujeito precisa de um aprofundamento

maior e também um direcionamento mais objetivo para quem escuta e vincula o processo terapêutico.

Assim sendo, se faz necessária a adoção dos momentos mais próximos entre o terapeuta e o usuário, proporcionado, muitas vezes, em consultas individuais ou em salas de conversação.

(...) [Alguma situação] precisa ser um pouco mais aprofundada e não tem condições de ser feito em grupo. (...) precisa de aprofundamento (...) não tem condições de colocar aquele conteúdo em grupo. [Às vezes] o paciente precisa falar daquele conteúdo (...) com mais urgência naquele momento (**Grupo II**).

Os familiares e acompanhantes, por vezes, apresentam e expressam a importância dada aos procedimentos clínicos individuais, tais como, a consulta psiquiátrica, talvez pelo fato de possibilitar a prescrição de medicamentos e a consequente manutenção do estado de “segurança” para evitar eventuais crises no domicílio (**Observação**)

A atividade grupal como prática instituinte e em construção nos serviços de saúde tem por objetivo preservar as finalidades que os terapeutas institucionais conferem ao estabelecimento psiquiátrico, ou seja, canalizando polidirecionalmente as trocas, os fluxos de informações e contatos na possibilidade da formação de vínculos transferenciais múltiplos e a ruptura do isolamento caracterizado pelo manicômio. Ainda assim, formatando sistemas de medição a partir da quebra das relações imaginárias dos envolvidos (VIDAL, 1986).

A disputa dual entre a ação grupo ou indivíduo explica-se pela idéia de que os mesmos se configuram como pólos de um par antitético que, ao longo da história, afirmou-se como cultural, construindo disciplinas que se encarregaram de manter os objetos separados ou opostos, e na melhor opção, mantendo-os dispostos numa linha de continuidade (BARROS, 1994).

No entanto, os serviços que têm por objetivo a transformação das instituições segregatórias, iatrogênicas e eliminatórias do ponto de vista terapêutico, no caso dos CAPS, priorizando a cidadania do sujeito em sofrimento psíquico acima da psicopatologia enraizada na lógica assistencial, precisam instituir dispositivos coletivos democráticos e terapêuticos (LANCETTI, 1994).

A política de saúde mental brasileira tem como uma de suas diretrizes a ampliação dos serviços extra-hospitalares, no caso o CAPS, como estratégia para substituir a lógica hospitalocêntrica da assistência psiquiátrica (BRASIL, 2003). No CAPS, os discursos aqui apresentados expressam um elemento necessário para a diferença da prática clínica na atenção psicossocial: a escuta.

O serviço [CAPS] substitui o hospital psiquiátrico a partir do momento que ele faz isso, eu acho, que escuta mais o paciente (**Grupo II**).

Os trabalhadores do CAPS explicitam em todas as reuniões e atendimentos o compromisso para a inversão da lógica manicomial, asilar e excludente. Tal fato é observado nas condutas empreendidas, na participação em atividades de promoção da saúde mental e também nas reuniões associativas e representativas da área da saúde mental (**Observação**).

A Reforma Psiquiátrica brasileira se constitui como um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide nas três esferas gestoras, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e também da opinião pública. Essa Reforma compreende um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, dinamizadas no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais, e, nesse sentido, o processo reformista avança por entre impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005).

A conjuntura revela dois movimentos simultâneos na política nacional de saúde mental: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, por um lado, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro (BRASIL, 2005).

Para a efetivação da política e a integralidade da atenção, o dispositivo estratégico mais eficiente de substituição do hospital psiquiátrico tem sido os Centros ou Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS), também chamados de serviços comunitários de saúde mental, que por e para serem comunitários, têm que atender aos postulados de acessibilidade, e portanto, de qualidade (ALVES, 2006).

Por ser considerados, comunitários, os CAPS inserem-se em determinada cultura, em território definido, com seus problemas e suas potencialidades, arena na qual as "crises" devem ser enfrentadas, resultados que são, geralmente, de fatores do indivíduo, de sua família, eventualmente de seu trabalho, e seguramente de seu meio social (ALVES, 2006).

A diversificação de programas é fundamental para se acolher alguém de forma integral, já que, com um menu variado e diversificado de possibilidades, reduz-se muito a tentação da não seleção. Porém, o enfrentamento se dá na forte influência do modelo tradicional de cuidado, inferindo a grande dificuldade dos profissionais para renunciarem a "um" papel específico, por considerar suas especialidades, e o

compartilhar de saberes deve ser um exercício contínuo e, de fato, muito difícil (ALVES, 2006).

A superação da fragmentação do cuidado em saúde mental perpassa pela relação dos trabalhadores de saúde entre si e junto aos usuários dos CAPS. A escuta proporciona uma atenção voltada para as necessidades de saúde do sujeito social, portador de vontades, desejos, sonhos e escolhas. A escuta e o diálogo favorecem a integralidade do atendimento e do cuidado e suas relações no âmbito dos cenários do Sistema Único de Saúde (SUS) (MATTOS, 2006).

Embora a participação dos membros da equipe do CAPS esteja condicionada, muitas vezes, pelas situações apresentadas anteriormente, parece necessário instaurar a transversalidade dos saberes e práticas nas atividades grupais.

A condução terapêutica grupal permite e deve estimular a integração da própria equipe no desenvolvimento das atividades junto aos usuários. Portanto, se é possível incluir dentro do projeto contratual de discussão temática os diversos campos envolvidos na manutenção da saúde mental, este devir pode ser possibilitado pela inserção de membros da equipe que podem contribuir com a diversificação da clínica.

A habilidade do terapeuta para com o seu grupo está também em perceber as necessidades dos usuários em relação a dúvidas e anseios que possam ser enfrentados ou compartilhados por outros sujeitos externos ao grupo, mas comprometidos com o cuidado integral dos mesmos.

Mas agora eu estou pedindo que eles façam grupo (...) Não é um grupo a mais (...) mas que eles possam visitar os grupos existentes para tirar as dúvidas que eles têm de medicação [etc.] (**Grupo II**).

A oferta dos serviços apresenta um cardápio diversificado entre os trabalhadores de saúde. Durante todos os dias são realizados grupos terapêuticos de acordo com cada profissional. As consultas individuais são agendadas e também efetivadas por meio da triagem diária (**Observação**).

A transversalidade é definida pelo aumento da comunicação entre diferentes níveis e diferentes sentidos das múltiplas forças que atravessam e compõem os processos. O grau de percepção e atuação institucional das múltiplas dimensões que atravessam e produzem os processos de subjetivação são definidas pelo coeficiente de transversalidade (GUATTARI, 1981).

O lugar do sujeito inconsciente no grupo, além das leis objetivas que o fundamentam e acima do suporte e do desejo do próprio grupo, define a

transversalidade. Tal dimensão só se releva onde se tenta assumir o sentido da práxis e de instaurar-se um grupo sujeito, tendo que ser o agente ainda de sua própria morte. A possibilidade de assumir a própria morte para poder assim dar sentido a vida (KAMKHAGI, 1986).

Assim, os trabalhadores de saúde mental caracterizam a transversalidade da clínica ao exporem que ela possibilita conexões, extensões e articulações como patamar comum das práticas: a clínica comporta um coeficiente de transversalidade mais acentuado que a prática clássica, e os atravessamentos podem ser tomados como elementos dinamizadores de novas ações que estendem o alcance da clínica ao portador de sofrimento mental (FERREIRA NETO, 2008).

Portanto, faz-se necessário a implementação de práticas transversais e voltadas para os contextos sociais da realidade comunitária em que os usuários mantêm suas relações e emergem suas necessidades. A inclusão de temáticas e a evocação de situações vividas no grupo terapêutico com o suporte de diversos atores, trabalhadores de saúde, ou não, é o caminho para a resolução de problemas.

A criatividade é um elemento também essencial para o desenvolvimento das atividades grupais. O aspecto lúdico envolve os sujeitos de forma alegre e emocional na terapia empreendida. No entanto, a criatividade pode se relacionar também com as dificuldades de insumos ou materiais e na utilização alternativa de outros.

[Temos] grupos de mulheres, grupos de bordado, [vários] grupos (...) e [vamos] discutindo e vendo como é que se trabalha. Se tiver [material] trabalha com o que tem; se não tem, [a gente] cria (**Grupo II**).

Os grupos terapêuticos tem uma aceitação por parte dos usuários e da equipe. Durante a realização dos mesmos, é comum a conversa entre os trabalhadores sobre os usuários que participaram e a respectiva condição de saúde mental expressada nas atividades (**Observação**).

A dimensão criativa do terapeuta favorece uma maior acomodação ao mundo vivido, pois disponibiliza um maior número de recursos pessoais além de proporcionar mais vida, auto-estima e motivação. A humanização é essencial nos processos de relacionamento da prática cotidiana e necessita progressivamente da criatividade e da inovação na relação entre usuários e equipe (FELDMAN; RUTHES; CUNHA, 2008).

Na dimensão condicional do viver humano é preciso ativar este vivenciar ao retornar para o seu ponto de partida, ou seja, a vida em si como metabolismo do homem

com a natureza é que se torna ativa por emanar toda a fertilidade inerente à vida contemplativa das relações (ARENDETT, 2007).

É notória a adequação de todo o processo de cuidado desenvolvido no CAPS na realização dos grupos terapêuticos. O sentido convergente na fala dos entrevistados denota o significado de participação, direta ou indireta, na efetivação desses grupos.

A renovação da prática clínica ocorre também na abertura de novos grupos e de novas estratégias terapêuticas. O reconhecimento da equipe do CAPS ocorre diretamente na resolutividade encontrada, a partir do desenvolvimento das atividades grupais terapêuticas, dentre outras possibilidades operacionalizadas neste cotidiano.

(...) [Em] 2007 e 2008, já são cinco grupos novos (...) em média de doze a quinze pessoas cada um (...) tem muito encaminhamento (**Grupo II**).

A resolutividade é buscada e, por vezes, alcançada em todos os momentos do trabalho no CAPS, porém quando se trata de transtorno psíquico, muitas vezes, a resolução não acontece de imediato e precisa de uma conformação atemporal para que a relação do mundo subjetivo se estabilize e consiga interagir com o meio sócio-ambiental (**Observação**).

A clínica em saúde mental requisita a utilização de recursos além da tradicional relação terapeuta-paciente individual. Na busca da resolutividade, faz-se necessária a incorporação de trabalhos em grupos e/ou oficinas. No CAPS, os sentidos da atenção e das abordagens objetivam declaradamente evitar as perdas dos laços sociais e familiares dos usuários (CAMPOS, 2001).

Nesse entender, a ação resolutiva não deve se limitar a uma conduta clínica; além disso, deve possibilitar o uso de toda tecnologia leve e leve-dura, de que se dispõe, para agir no eixo das reais causas do problema do usuário. Assim, práticas, procedimentos e orientações alicerçadas na clínica são insuficientes para abordar toda a variedade de dimensões que compõem as demandas de saúde das pessoas. Para ir além, por conseguinte, é essencial instrumentalizar-se de ações coletivas que evoquem a intersetorialidade e a rede de referência e contra-referência eficiente (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004).

As abordagens terapêuticas grupais empreendidas no CAPS pela equipe multidisciplinar são constituídas de especificidades operacionais e conceituais que se apresentam nos tipos de terapias encontradas em cada situação em que o cuidado é efetivado.

Os discursos que seguem complementam a descrição do contexto no qual ocorre a adoção da prática dos grupos terapêuticos ao apresentar as diversas modalidades clínicas na atuação da equipe junto aos usuários.

A **arte-terapia** apresenta-se como recurso terapêutico que colabora no tratamento compartilhado entre os sujeitos envolvidos. A utilização deste recurso incorpora a diversificação de sujeitos com seus diversos transtornos psíquicos, ao favorecer a heterogeneidade dos grupos.

O relaxamento permeia as atividades da arte-terapia, na medida em que, a tensão, outrora incorporada pela mente, agora se transpõe para as atividades operadas junto a materiais por meio da técnica artística.

[No CAPS] tem a arte terapia. Ajuda no tratamento do paciente (...) ajuda muito. Na arte terapia (...) eu trabalho com o ensino da dança, o chão de dança, chão de expressividade corporal (**Grupo I**).

O grupo terapêutico de arte terapia (...) nós fazemos heterogêneo. (...) não é separado por transtornos. [Na] arte terapia [trabalha-se] o relaxamento (...) [O arteterapeuta do CAPS] é uma pessoa muito capacitada com essa questão (**Grupo II**).

A arte-terapia constitui uma modalidade terapêutica com características próprias e diferencia-se através de duas linhas de atuação: arte como terapia (foco no processo artístico) e arte psicoterapia (os recursos artísticos são considerados dentro do processo psicoterapêutico) (ANDRADE, 2000).

Nesse sentido, a arte-terapia destaca-se pela necessidade de inclusão de novas intervenções terapêuticas a serem oferecidas pelas equipes interdisciplinares, que contemplem também o indivíduo em sua totalidade psíquica e visem resgatar a perspectiva humana na assistência à saúde (VASCONCELLOS; GIGLIO, 2007).

A **expressão corporal** e o próprio condicionamento físico são aspectos trabalhados juntamente com os usuários do CAPS nas sessões de terapia corporal. A inclusão da arte e da expressão artística proporciona um significado para a mobilização corporal dos participantes do grupo.

A condição física dos usuários do CAPS, principalmente dos egressos de internações sucessivas, encontra-se debilitada devido ao uso constante de medicação e à conseqüente evidenciação dos efeitos colaterais relacionados à mobilidade muscular.

A contratura muscular e a perda sucessiva da habilidade cognitiva e motora, por vezes, limitam o usuário na realização de seus afazeres mais simples e comuns, tais como cuidar da higiene e aparência ou até mesmo na locomoção independente.

O cuidado (...) é ótimo com os pacientes (...) Pra eles é o grupo (...) terapia que é ginástica (...) às vezes são decorações (...) que também trabalha com pinturas (**Grupo I**).

(...) agora a gente tá realizando o condicionamento funcional que é uma atividade física (...) e o público é exatamente essas pessoas [que] pode ser qualquer pessoa que esteja aqui (...) que tenha vontade de fazer alguma atividade física (...) envolvendo atividades que a terapeuta ocupacional faz. Geralmente com os psicóticos ou [com aqueles] que fazem uso de medicação muito tempo e já tem alguma rigidez. Tem dificuldade de se levantar ou então não está trabalhando. Esse cuidado [está] envolvendo o físico dele mesmo. Por exemplo, o bambolê (...) o movimento de se vestir (...) de pentear o cabelo (...) algumas atividades nesse sentido. A TO tem dois grupos de condicionamento funcional que ela começou agora, que trabalha dentro da limitação da pessoa com o seu corpo. Vai trabalhando a questão da terapia ocupacional (...) trabalha com bambolê, com bola com elástico (...) vai fazendo esse trabalho (...) bem legal (**Grupo II**).

Os trabalhos terapêuticos que envolvem o corpo auxiliam os pacientes a se tornarem conscientes das verdadeiras relações que há entre corpo, mente e emoção. O desenvolvimento das atividades com a evidência dos sentimentos e o estímulo musical proporciona o contato e a harmonia da percepção do paciente sobre o processo de adaptação e recuperação (PETO, 2000).

A **massoterapia** está presente nas atividades da equipe do CAPS de forma transversal, na medida em que, os usuários de diferentes grupos e condições de saúde aderem a este procedimento.

A formação da equipe do CAPS, no sentido de empreender novas formas de atuação junto aos usuários amplia os saberes e práticas e interpõe profissionais mais ligados aos procedimentos interventivos como a medicação a exercer, de forma efetiva, novas ações para a promoção do bem-estar dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Eu faço (...) massoterapia [no CAPS]. Eu faço a massagem nos pacientes. (...) ela transforma o que ela gostaria de falar na respiração (...) [Eu peço] que ela fique só pensando em coisas boas. (...) pensar em coisas boas. (...) O momento é dela, então a gente não deve também ficar conversando com ela (...) a massagem demora mais ou menos uns quarenta minutos porque a gente trabalha o corpo todo a gente trabalha do fio do cabelo a ponta dos pés (**Grupo I**).

A realização da massoterapia no CAPS ocorre de forma efetiva com agendamento e compromisso da terapeuta e dos usuários na atividade terapêutica. É percebido a satisfação de ambos no processo terapêutico realizado (**Observação**).

A utilização dos recursos da medicina alternativa, em consonância com o paradigma vitalista, especificamente da massoterapia, demonstra o interesse dos profissionais na busca de melhorar a assistência ao dedicar seus esforços numa prática

distinta e integral. Por meio da massoterapia é possível enfrentar a dificuldade em lidar com os sintomas subjetivos e, por vezes, crônicos dos usuários (SOUSA; VIEIRA, 2008).

A inserção da família nas práticas grupais se faz necessária para um melhor convívio com o parente em sofrimento psíquico e, também, como mecanismo de expressão e compartilhamento dos sentimentos e emoções vivenciados no cotidiano do lar.

[No CAPS] tem grupo que é relacionado à família (...) quando os familiares estão de acordo [em participar] porque também a família sofre muito com os pacientes e com os transtornos dele (**Grupo II**).

A maioria dos usuários apresenta uma condição social desfavorável para compor relações comunitárias pelo fato de não possuírem renda, emprego e muito menos condições dignas de moradia e alimentação. Os trabalhadores do CAPS, várias vezes, efetivam o projeto terapêutico a partir de doações coletivas e superposição de dificuldades de ordem sócio-econômica (**Observação**).

A importância da inserção familiar no contexto do CAPS conforma-se pela singularidade da dinâmica cuidadora, em que as relações se apóiam na desconstrução da idéia limitada de atuar somente no sofrimento psíquico, mas também, na integração, acolhimento, cuidado e inclusão dos atores dessa relação nos espaços cotidianos da vida: trabalho, lazer, moradia entre outros (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Ainda que se adote uma multiplicidade de abordagens terapêuticas, recomenda-se, em momento inicial, a psicoterapia individual, com a finalidade de envolver o sujeito ativa e criativamente, o que condiciona o desenvolvimento da aliança terapêutica (BECHELLI; SANTOS, 2002).

Por seu desenrolar, a psicoterapia de grupo é favorável ao processo de mudança, cujo principal agente é o paciente. Nesse tipo de abordagem, a interação é promovida pelos participantes, os quais, por si mesmos, desenvolvem a terapia, o que os desvincula do modelo médico, no qual o terapeuta é o conhecedor e o detentor dos marcos conceituais e planos de abordagem interventora (BECHELLI; SANTOS, 2002).

Em condições de grupo, os participantes assumem, gradativamente, um papel ativo no decurso do processo terapêutico; e ainda selecionam e priorizam os assuntos e temas a serem discutidos. Fundamentados nesse referencial, os membros devem encontrar o auxílio entre si, permitindo-se a manifestação de qualquer um deles. Dessa forma, trazem para o cenário da interação o diálogo, a escuta empática, a formulação de questionamentos sobre o assunto discutido, permitindo a reflexão e a

análise sob diferentes enfoques. Essa atitude oferece variados recursos referentes a informações, apoio, conselhos, sugestões de estratégias e de procedimentos (BECHELLI; SANTOS, 2002).

Sem enfatizar ou especificar a técnica adotada para abordar o paciente, tendo em vista o valor estratégico de cada uma, todas podem ser eficientes, na medida em que, promovam condições para que a pessoa desenvolva sua própria mudança. A técnica permite ativar e mobilizar o potencial e a propensão natural de recuperação, entretanto é o trabalho empenhado do cliente que faz a psicoterapia funcionar e atingir o êxito esperado (BECHELLI; SANTOS, 2002).

As abordagens terapêuticas operadas no CAPS, embora expressivamente contextualizadas nos grupos terapêuticos, incorporam também outras atividades e formas de lidar com a assistência ao transtorno psíquico e na promoção da saúde mental no território.

O cardápio de serviços ofertados no CAPS apresenta várias possibilidades de acesso ao serviço de saúde mental e incorpora saberes e práticas balizadas pela necessidade de cada usuário.

As possibilidades de inserção dos usuários nas atividades são variadas e apresentam-se nos discursos que convergem em si este pensar:

[No CAPS] tem a psicologia (...), tem a terapia ocupacional (...) tem grupo de sonhos, (...) de mulheres, (...) da maior idade, (...) de redução de danos, (...)de leitura, (...) da medicação [neste] a gente orienta. [Dentre as] atividades que o CAPS realiza tem terapia ocupacional, tem grupo de leitura, tem o grupo de artesanato, tem vários grupos aqui (**Grupo I**).

[Aqui no CAPS, os usuários] fazem marcenaria, tem grupo de mulheres que mechem com sabonete (...) é muito bom também (**Grupo II**).

O projeto terapêutico do CAPS deve conduzir todos os recursos disponíveis para o cuidado em sua linha de atuação de forma singular para cada usuário e sua necessidade. As intervenções clínicas compartilhadas estruturam uma cadeia de produção do cuidado de forma integral (FRANCO, MAGALHÃES JR, 2006).

A atuação do CAPS no território é uma das premissas da atenção psicossocial, por considerar ser este o espaço mais próximo do viver de cada usuário atendido. No bairro ou na comunidade é onde se encontram os elementos da convivência social tais como vizinhos, amigos e familiares.

A visita domiciliar é uma prática desenvolvida pela equipe do CAPS no sentido de se aproximar da realidade social do usuário, no enfrentamento de suas vulnerabilidades.

As visitas [acontece quando] (...) tem paciente que não tem condições de se locomover de vim até aqui no CAPS para tomar a medicação (...) [ou ainda quando] a família não tem condições (**Grupo I**).

As visitas realmente [acontecem] com os pacientes idosos. Os pacientes que não querem sair de casa (...) essas visitas são feitas a eles (**Grupo II**)

Promove-se a participação familiar no trabalho conjunto com a equipe assistencial por meio da visita domiciliar, que proporciona o desvelamento da dinâmica familiar e da relação desta com o meio em que se insere. Nesse espaço estabelecido, a oportunidade para a equipe vai além desse conhecimento, visa à parceria da família como parceira no cuidado do usuário (SCHRANK; OLSHOWSKY, 2008)

A promoção da saúde permeia as atividades desenvolvidas no CAPS por meio da educação em saúde voltada para a discussão sobre os temas relacionados à higiene corporal, alimentação, redução de danos em práticas de risco, dentre outros.

[No CAPS] tem o grupo de educação e saúde. (...) [Discute] DST. (...) trabalha várias coisas com eles. Na historia do paciente psicótico, ele não quer tomar banho [por estar] depressivo, não gostar de sair, [então] trabalha ainda a auto-estima e também a arte-terapia (**Grupo II**).

Foi observado que as ações de educação em saúde estavam integradas nos grupos terapêuticos. Diversas oficinas realizadas no CAPS insurgem sobre temas ligados a higiene corporal, prevenção de doenças, dentre outros (**Observação**).

A multidisciplinaridade se faz presente no contexto de trabalho da equipe do CAPS. Cada núcleo de saber profissional atua de modo a operar suas ferramentas e instrumentos de forma integrada e específica para compor o cuidado em saúde mental.

O atendimento individualizado ao usuário do CAPS, o suporte psico-emocional à própria equipe, a dispensação dos medicamentos e/ou insumos inerentes à terapêutica são alguns dos exemplos de serviços ofertados pelo CAPS, que são complementados pelos entrevistados:

[No CAPS] tem os atendimentos médicos (...) os atendimentos individuais (...) da psicologia a terapia ocupacional. [A] TO está implantando os grupos juntos com um profissional de referência da unidade [PSF] e fazendo essa ponte lá. As atividades da farmácia são a gerência da farmácia, é o pedido de compras é aquela burocracia da farmácia. [Temos ainda], o programa da risperidona (...) em que todos os CAPS mandam o cadastro pra gente (...) a gente cadastra aqui pra distribuição da regional. Nós temos muita coisa pra fazer. É com o terceiro farmacêutico a gente vai ter tempo para fazer um grupo que a gente ainda vai organizar (**Grupo II**).

A psicologia trabalha com atendimentos individuais (...) e faz o trabalho com o nível médio (...) para o transtorno [no sentido de] não reforçar mais [as agressividades] nem reprimir. (...) [Pois tal] ato embora inadequado, agressivo, faz parte do

transtorno, e, faz parte das respostas que ele apreendeu a dar na vida dele pra se defender. Aqui [no CAPS] não precisa dessa resposta (**Grupo II**).

A atuação multidisciplinar em saúde mental propicia a necessidade também da interdisciplinaridade no agir em saúde, ao articular práticas e saberes diferentes na promoção da assistência integral. Para tanto, é fundamental que os trabalhadores disponham de formação permanente, no sentido de permitir a auto-realização, tanto no plano pessoal quanto profissional do trabalho psicossocial (JORGE; RANDEMARK; QUEIROZ, 2006).

O trabalho em equipe é fortalecido no CAPS no momento em que a atuação requisita ações de dimensão interdisciplinar, em que os limites de cada saber se interseccionam na busca da melhor atitude junto a quem precisa.

Na equipe interdisciplinar do CAPS todos dão o seu ponto de vista e todos dão sua contribuição nesse processo, então esse processo existe. Se isso se perder não existe mais CAPS. A finalidade do CAPS é isso (...) é a equipe interdisciplinar e a troca de idéias de todos (...) até mesmo a menina da cozinha, o que varre, o que limpa o colchonete (...) tem uma interação muito importante por aqui. (**Grupo I**).

Eu acho que agora o CAPS cresceu muito em relação a isso. A equipe tá mais interdisciplinar. Tão sendo mais interdisciplinar, ainda mais na questão clinica esse olhar (...) está jóia (**Grupo II**)

A equipe de saúde mental é concebida a partir da necessidade emergente de uma ação resolutiva. A atuação multiprofissional inserida na equipe e no processo coletivo de trabalho em saúde apresenta-se nas relações múltiplas entre os diversos saberes e técnicas e propicia a prática interdisciplinar. A comunicação por meio da linguagem articula o agir em saúde na perspectiva múltipla e cooperativa (PEDUZZI, 2001).

Embora a magnitude do trabalho em equipe desenvolvido no CAPS através de práticas predominantemente grupais esteja contextualizado nos discursos anteriores, apresentam-se ainda, algumas situações que divergem do apresentado:

É uma pena, mas infelizmente, a prática do CAPS hoje, se pudesse facilitar não deixava o paciente sem medicação (**Grupo I**).

Em alguns momentos, foi presenciada a requisição direta por parte de familiares e acompanhantes pela consulta com o psiquiatra, pois somente ele poderia prescrever o remédio necessário. Em algumas vezes, foi escutado a expressão: “ah, hoje só tem grupo (**Observação**).

A medicação do usuário do CAPS ainda apresenta-se como um recurso terapêutico pelo fato de inibir o surgimento das crises, o que normalmente acarreta as internações em leitos psiquiátricos.

A tensão de quem atende no CAPS recorre a este pensar por vivenciar, muitas vezes, que a condição de atendimento para este tipo de procedimento acaba por ter uma demanda grande e o acesso dificultado.

A situação apresentada é complementada com os discursos envolvendo a resolução encontrada pelos trabalhadores de saúde do CAPS para minimizar os problemas decorrentes do excesso numérico na demanda das crises dos usuários atendidos e nos procedimentos referidos:

Todo o dia tem consultas novas e todos os dias também tem triagem quer dizer todo dia (**Grupo I**).

[No CAPS] tem as emergências e urgências que chegam pra gente fazer atendimento [Em situação de] crise, se não deu tempo passar em canto nenhum, a gente já manda para o médico. Às vezes é atendida até antes da gente abrir o prontuário (**Grupo II**).

O paradigma psiquiátrico e a reforma da assistência no campo da saúde mental culminaram com o processo de desinstitucionalização. Tal processo supera o simples ato de fechar hospícios e abandonar as pessoas em suas famílias. A desinstitucionalização não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. O significado está em tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições de vida. Para tanto, não significa administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades (AMARANTE, 1995).

O caráter radical da crítica ao manicômio como ponto de verdade da psiquiatria e de seu papel não direcionou os profissionais para o atalho da antipsiquiatria, pois o caminho da desinstitucionalização é bem mais complexo e indireto. Ela desmonta a relação problema-solução, renunciando à solução racional baseada na busca da normalidade, mas mantendo o cuidado estabelecido de forma relativa em consonância com a subjetividade e resposta terapêutica (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

A diversidade dos saberes e práticas decorrem do processo de formação contínuo e permanente necessário para consolidação das ações de saúde mental no CAPS. Em alguns cenários, é requisitada a incorporação de novas técnicas e aquisição de novas habilidades no caminhar do cuidado em saúde mental.

O discurso apresentado refere-se ao aprendizado múltiplo da terapia comunitária por parte de membros da equipe de trabalhadores do CAPS, na busca pela capacitação e melhora da capacidade resolutiva:

(...) nós íamos como um apoio porque nós não tínhamos a formação de terapia comunitária e a gente [embora da psicologia] ia pra aprender lá na escola [comunidade] (...) mas a gente fez (**Grupo II**).

A Terapia Comunitária (TC) vem se consolidando como uma estratégia de promoção da saúde mental e os CAPS podem utilizar esse recurso como ferramenta em suas ações cotidianas (GUIMARÃES; FERREIRA FILHA, 2006).

A prática da Terapia Comunitária possui efeito terapêutico, destinada ao atendimento de grupos heterogêneos, de organização informal, num contato face-a-face e demonstrado num interesse comum que é o alívio dos sofrimentos e a busca de bem-estar. Acrescenta-se que ela promove a construção de vínculos solidários, criando-se uma rede de apoio social, reforçando os vínculos e evitando a desintegração social, na qual a comunidade busca resolver os problemas que estão ao alcance da coletividade (FUKUI, 2004).

A formação da equipe de saúde mental para desenvolver habilidades relacionadas à prática da terapia comunitária se faz necessária pela necessidade de se ampliar a clínica operada no CAPS e na comunidade.

Ainda assim, para efetivação da ampliação da prática clínica com elementos da subjetividade, tais como a escuta e o diálogo, o CAPS precisa operacionalizar dentro de sua capacidade e de acordo com os recursos disponibilizados. O tempo parece ser uma prerrogativa essencial para a consolidação das técnicas relacionais para com o usuário.

Não dá tempo, não dá tempo (...) [No CAPS temos] os serviços, os grupos, tem a consulta, mais o que eu noto é que tinha que ter mais profissionais em todas as categorias já que é bem grande a demanda. Eu acho que pra você dar um serviço de qualidade, você tem que ter tempo. Pois é muito difícil o médico atender só vinte pacientes [por período] (**Grupo II**).

O CAPS disponibiliza conforme cada queixa e cada demanda, a esse paciente, que é sedentário, que há muito tempo não faz uma atividade corporal, descuidado e tem indicação (...) [quase sempre] a equipe faz a indicação de participação nos grupos (**Grupo I**).

As dificuldades se apresentam na desarticulada rede em que se efetiva o cuidado e na crescente demanda por atendimento no CAPS. A potente resolução desta crise está na ampliação dos recursos não disponíveis no consultório particular, ou seja, a equipe, outros equipamentos, a intersetorialidade, entre outros. Dessa forma, abrem-se os espaços de invenção e criação, ampliando o campo das possibilidades da clínica transversalizada (FERREIRA NETO, 2008).

O enfrentamento das situações apresentadas nos discursos sobre o contexto da prática clínica em saúde mental operada no CAPS requisita a formação e construção de uma rede de apoio, em que a integralidade dos serviços e a intersectorialidade seja uma fundamentação precípua. Em alguns momentos, parece já ser esta perspectiva apresentada:

Estamos [equipe] vivendo esse processo de sair daqui [dentro do CAPS] para fortalecer essa rede. Porque se isso não acontece aqui vira um hospital (...) precisamos criar espaços sociais para que se absorvam essas pessoas porque se não?! (...) mas não é fácil assim (**Grupo II**).

A gente atende (...) orienta (...) encaminha pro posto, paciente que ta aqui mais que passou a usar droga a gente encaminha lá para o CAPS AD (**Grupo II**)

A conjuntura brasileira apresenta como característica social plena, a desigualdade. Embora os mecanismos de aumento da produção se efetivem em alguns setores da economia, não conseguem interpor as devidas medidas de distribuição justa e equânime do que é produzido. O resultado final desta situação é o aumento da pobreza e da miséria logicamente inserida no contexto do CAPS:

Muitos que lancham aqui à tarde, no dia seguinte chegam a dizer que ta apenas com aquele lanche do dia anterior (**Grupo I**)

Na hora marcada para a dispensação da alimentação, é visível, a necessidade do usuário pelo lanche e o almoço servido pela funcionária da cozinha. (**Observação**)

A fome e a miséria tratam de questões de base ética e o impoem-na ao futuro da reforma psiquiátrica não apenas ao sucesso terapêutico-assistencial, tampouco apenas na apropriação de novas tecnologias de cuidado e serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social (AMARANTE, 1995).

Pode-se pensar, nesse contexto da realidade brasileira, sobre os mecanismos de exclusão social, haja vista a malha centrífuga a que atam os desiguais, desinteressantes, desprovidos, arruinados e desfavorecidos. O mote de contraposição, o da inclusão, é premente e articula-se ao discurso da social democracia da política econômica e da economia política, no eterno jogo entre o público, o privado e o não-governamental. A inclusão tangenciada pela prática terapêutica comunitária abrange as lacunas da conjuntura da miséria, ou permite maior percepção para também agir sobre e contra elas.

Silva (2006) avalia a inclusão, entendida como um direito adquirido, como um caminho para a aprendizagem de se relacionar com os outros.

Incluir socialmente é o desafio do sujeito em viver na comunidade, de construir seu cotidiano, sua história de vida na sociedade. O preconceito em relação ao doente mental leva ao distanciamento, à exclusão, ao tratar mal aqueles que sofrem. Conquanto o espaço físico mude o paciente não esteja internado, não significa dizer que há o deslocamento do espaço de exclusão social para o espaço de inclusão. (SALLES; BARROS, 2006)

Acolhimento e vínculo

A consolidação do SUS perpassa pela superação contínua dos desafios e obstáculos para garantir a integralidade como direito do cidadão brasileiro. A organização dos serviços de saúde deve incorporar o acolhimento e o vínculo como diretrizes operacionais para a efetivação dos princípios do SUS, ou seja, a integralidade, universalização e equidade em saúde (TEIXEIRA, 2007; FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; MERHY, 1997; CECÍLIO, 2006).

Nesse sentido, "a integralidade pode ser entendida como uma ação resultante da interação democrática entre atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema" (PINHEIRO, 2002, p.15).

O reconhecimento da integralidade existe em ato e pode ser demandado na organização de serviços e renovação das práticas de saúde que valorizam o cuidado e que têm em suas concepções a idéia-força de considerar o usuário como sujeito a ser atendido e respeitado em suas demandas e necessidades (PINHEIRO, 2006).

Merhy (1994) propõe a reflexão sobre as práticas nos diferentes momentos de relação com os usuários. O autor compreende acolhimento como relação humanizada, acolhedora, em que os trabalhadores e o serviço, numa versão de totalidade, estabelecem com os diferentes tipos de usuários.

O acolhimento é percebido pela equipe do CAPS como um procedimento relacionado com o acesso e triagem. Os discursos convergem para esta concepção e explicitam a participação da equipe nessa atividade.

E feito logo uma triagem (...) o paciente fica logo aqui. Mas tem paciente que chega por conta própria [dizendo] estou precisando de tratamento, eu não estou me sentindo bem, não sei o quê, não sei o quê (...) então a gente tem que explicar pra ele como é o atendimento (**Grupo I**).

Quem tiver disponível já faz a triagem (...)se está em crise, está precisando, ou o paciente está com risco suicida (...) já vai ser atendido dentro do atendimento do dia

[No CAPS] faz a anamnese na hora para não criar uma lista de espera (...) e se não for caso a gente encaminha pro PSF ou para o serviço de neurologia do hospital das clínicas ou serviço de psicologia da UFC. A gente resolve mas depende dos locais **(Grupo II)**.

De forma limitada, alguns estudos, interpretam acolhimento como um modelo clínico-biomédico, no qual o atendimento é realizado com base na queixa-conduta, vinculado ao sistema de triagem, apoiada em práticas conflitantes (normalização administrativa versus gravidade/risco biológico) (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004).

No entanto, o processo de acolhimento no CAPS é apresentado como toda a receptividade e acessibilidade expressa nas relações entre usuários e trabalhadores de saúde como um todo. Assim, o usuário deve receber esta acolhida por parte de todos que compõem o serviço de saúde mental e efetivem o cuidado integral.

[Na] triagem ele tem uma avaliação, ele tem um acolhimento. Esse acolhimento não é ser só daquele profissional, não. Eu posso fazer, pode ser o enfermeiro, a terapeuta pode fazer o acolhimento, embora tenha uma pessoa específica, mas nós podemos fazer isso também **(Grupo I)**.

Nos serviços de saúde, o acolhimento tem sido considerado como um processo de relações humanas a ser realizado por todos os trabalhadores de saúde e em todos os setores do atendimento. Não se limitando à recepção do usuário, constitui-se em uma seqüência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde (MATUMOTO, 1998)

Na perspectiva da triagem das demandas apresentadas no CAPS, o acolhimento toma a dimensão da organização do acesso aos serviços, inclusive em espaços domiciliares.

(...) o médico vai (...) efetua a triagem lá mesmo na residência (...) é feita a triagem e aí dependendo da medicação se for só oral, se a família tiver condições de fazer a administração dessa medicação, a gente não precisa ir. (...) fica indo só o médico periodicamente no tempo certo, se houver necessidade **(Grupo I)**.

Houve um caso apresentado na recepção da unidade, em que o familiar recorreu ao CAPS para que a equipe de saúde mental fizesse uma visita ao parente que estava em casa acamado com depressão. Observou-se que mesmo sem uma referência do sistema ou da rede, o médico e a auxiliar de enfermagem se dirigiram até a residência para realizar a consulta e dar os encaminhamentos. Neste caso, tratava-se de um problema orgânico e o transtorno depressivo não era a causa básica do adoecimento. O usuário foi atendido e o caso comunicado ao PSF da área **(Grupo I)**.

Ultrapassando a idéia de fenômeno lingüístico, do discurso verbal, o acolhimento deve ser entendido como intencionalidade de ações que estejam versadas

na captação das necessidades de saúde manifestadas pelo usuário e na resposta dessas necessidades pela equipe em seu conjunto de ações de trabalho (MATUMOTO, 1998).

Para Franco; Bueno; Merhy (1999), para se constituir saúde de qualidade, de atenção integral, sob controle da comunidade, faz-se necessário atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; reorganizar o processo de trabalho, deslocando o seu centro de atenção médico da equipe multiprofissional à equipe de acolhimento; qualificar a relação trabalhador-usuário, pautada em um enfoque humanitário, de solidariedade e de cidadania.

A anamnese é uma parte da avaliação clínica que juntamente com o exame físico e o próprio exame do estado mental do paciente caracterizam a sua condição de saúde. Nesse sentido, é possível fazer uma classificação diagnóstica em relação às prioridades de atendimento, é o que se expressa na convergência dos discursos a seguir:

Então está se tendo o cuidado de fazer a triagem e nessa triagem, quer dizer nos acolhimentos, redefinir de fato a clientela. É claro que a casa está aberta para tudo e para todos, mais esclarecendo que para cada um deles, qual é o verdadeiro papel do CAPS (**Grupo I**)

O acolhimento é todo dia (...) tem profissional para fazer exatamente com as pessoas que chegam à primeira vez [no CAPS]. Também ajudo no acolhimento (...) faço a anamnese dos pacientes. [No CAPS é assim] o paciente chega, espera a pessoa, já passa pela avaliação. Na avaliação, se é caso daqui, já se faz a anamnese. Qualquer um [paciente] que chegue, entra para passar pela avaliação (...) se vai ficar ou não é outra história. No acolhimento, a gente define a avaliação. Define se é caso de ficar aqui ou não (**Grupo II**).

A organização do trabalho, cujo centro ainda é a consulta médica, fundamenta-se no olhar e fazer clínico-biológico, no qual as tecnologias leves das relações assumem papel secundário em relação às tecnologias leve-dura, dos saberes instituídos (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004).

No momento de recepção do usuário no CAPS, os usuários que apresentam problemas mais agudos, no caso da crise psiquiátrica, a equipe tenta indagar sobre os motivos que levaram ao estado de desequilíbrio momentâneo. Muitas vezes, os episódios acontecem quando ocorre a descontinuidade do cuidado no próprio lar junto aos familiares, tendo estes sentimentos de culpa e ou de vítima.

[No CAPS] acontece o cuidado assim: o paciente que o médico faz a consulta (...) e observar naquele primeiro momento que o paciente entrou em crise [é questionado] então porque que esse paciente está em crise? (...) vai ver com a família e ver se a família está ou não sendo 'o cuidador' dele (**Grupo I**).

No nível individual tem a consulta com o médico (...) atualmente são três médicos e também tem aqui psicoterapia individual (...) mas tudo isso acaba relacionado com a atenção terapêutica pois é um conjunto em tudo, não é só você passar medicamento

para o paciente com o quadro psicótico, o paciente esquizofrênico, ele não vai só tomar um medicamento e ficar bem (...) a família tem que ter uma orientação como é que lida com isso, a família tem que ter alguma orientação pelos menos de alguns sintomas e também como é que se percebe uma crise (**Grupo II**).

Com base nessa aliança a ser estabelecida com a família, a equipe de saúde mental deve ampliar o vislumbre da atenção para esse contexto familiar e às redes a que ele se vincula, todos entendidos como motivos e âmbitos de intervenção. Ao perceber-se a família como foco do cuidado, como usuário, pode se permitir a aproximação das relações afetivas e o rompimento de preconceitos como a incapacidade e a periculosidade. Para que isso se efetive, além da participação familiar, é necessário ainda que os profissionais se cientifiquem da relevância familiar nesse processo, compreendendo-a como responsável por essa participação (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

A dimensão subjetiva de cada elemento familiar proporciona os limites e possibilidades terapêuticas, pois o nível de entendimento e envolvimento com o processo de adoecimento, muitas vezes, não está clarificado no interior de todos os membros e a tensão resultante desta desarmonia pode acarretar uma fragilidade nas ações necessárias à adaptação psicossocial do ser em sofrimento.

Os profissionais de saúde mental, heterogeneamente, contribuíram com a força de seus referenciais teóricos e ideológicos para a consolidação da família no difícil e espinhoso lugar de culpabilizada pelo adoecer de seus membros (MELMAN, 2006).

Na organização das atividades da equipe do CAPS para com a chegada dos usuários na unidade, parece ser necessária a composição de um grupo de enfrentamento inicial, ou seja, uma retaguarda frente à demanda de atendimento.

Os usuários conseguem o acolhimento com a equipe. As meninas [da recepção] (...) tem umas aqui que são assim fabulosas mesmo, ficam mais com os grupos na retaguarda (**Grupo II**).

Nós temos quase oito mil prontuários abertos nesta casa (...) então a gente acolhe e atualmente está saindo numa seleção dos casos, mesmo (...) os que são do CAPS mesmo (...) pacientes que já vinham de internações, pacientes com o histórico de comprometimento psico-social (**Grupo I**).

A demanda excessiva pode se traduzir em problema, sobrecarregando o trabalho e tornando-o extenuante. Essa demanda, explica Ferreira Neto (2008), aumentou com a recente procura dos serviços por parte também da classe média.

Ao restringir o atendimento a determinados serviços ou programas, a universalização da atenção passa a ser caracterizada como um sistema segmentado e

desarticulado na interioridade do sistema público e na cadeia organizacional do sistema em sua totalidade (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003).

O acesso aos serviços do CAPS está operacionalizado de forma explícita em todos os momentos de chegada do usuário à unidade. É fato a necessidade de ter que passar por uma avaliação, porém este procedimento tem o objetivo de organizar e detectar as prioridades no atendimento.

Eles [equipe] são acolhedores. Se o paciente precisar de alguma coisa vem e resolve **(Grupo I)**.

A demanda é grande, mas mesmo assim está sendo fácil o usuário vim pro CAPS. O acesso está facilitado sim, porque a pessoa chega aqui de forma espontânea e passa pela avaliação (...) se ele tiver encaminhamento e se o profissional achar que ele é um caso daqui ele já entra aqui **(Grupo II)**.

Algumas prioridades na demanda por atendimento dos serviços de saúde mental são apresentadas nas recepções pela população atendida: o déficit de aprendizagem na criança, o excesso de utilização de benzodiazepínicos em mulheres, a medicalização excessiva para com os transtornos depressivos e outros. O reconhecimento deste perfil não diminui a dificuldade em cumprir a resolução. Embora a proposta do CAPS seja o trabalho com a saúde mental, tais características seguiram um percurso histórico na sociedade e no consumo por atendimento. A transformação dessa lógica passa pela colocação explícita de prioridades voltadas para o restabelecimento da saúde e para a reabilitação psicossocial nos transtornos mentais (FERREIRA NETO, 2008).

A escuta perpassa também no momento do acolhimento como elemento facilitador das relações a serem estabelecidas entre o usuário e o trabalhador de saúde. Algumas vezes, o excesso quantitativo de pessoas pode levar a equipe ao estresse devido à sobrecarga e exacerbar a tensão emocional frente a esta situação.

O acolhimento às vezes tá muito lotado e às vezes uma pessoa só não resolve. É impossível a gente não alterar voz, a gente não se estressar. É impossível, não dá, porque eles querem ser atendidos e a gente quer escutar, então tem uns que não querem ser escutados **(Grupo I)**.

A gente [equipe do CAPS] faz essa escuta do paciente no acolhimento. A gente registra tudo no prontuário (...) tem a historia de tentar fazer a escuta desse paciente (...) a historia do vínculo para ele passar a confiar em você e para poder conversar quando você não consegue resolver. A receptividade dessa parte de acolher, de escutar é de extrema importância na formação de qualquer pessoa **(Grupo II)**.

Para Fracoli; Zoboli (2004) o acolhimento apresenta dificuldades no estabelecimento de escutas ampliadas, uma vez que estas suscitam problemas insolúveis e necessidades não-supridas pelo serviço de saúde, o que torna imprescindível a

incorporação de uma articulação intersetorial pelas práticas das unidades de atenção à família; significa a efetivação de um diálogo com outros serviços, o surgimento de vínculos e ambiente de interação entre profissionais e outros contextos comunitários.

A compreensão da vivência e do sofrimento humano incorporado à realidade social e à experiência individual no encontro do terapeuta com o paciente tratam de uma concepção integrada que visa melhorar as habilidades comunicacionais e o aprofundamento da narrativa sobre a condição de saúde, doença ou bem-estar do paciente. A escuta é um dos aspectos mais importantes nesse processo de conhecimento mútuo (CAPRARA, 2007).

O acolhimento se conforma pela necessidade do serviço em organizar a entrada dos usuários na unidade e a utilizarem os serviços disponibilizados. Alguns discursos complementam esta concepção ao expor as principais demandas encontradas, tais como: acesso à consulta médica, fila de espera aumentada, referência territorial, prioridade assistencial e acesso à medicação.

Em relação à consulta médica, os usuários apresentam inúmeras situações em que se faz necessária a efetivação da mesma, acarretando um excesso de atividades para com este trabalhador. A prescrição da medicação para administração regular apresenta-se como a principal causa motivadora para este procedimento no CAPS.

[Para ser medicado] você [o usuário] tem que fazer uma consulta médica. Pode ser de um clínico ou pode ser de um psiquiatra mas você tem que receber uma consulta médica desse profissional e trazer o encaminhamento [receita] para gente. A queixa deles [usuários] é pela falta da medicação, a maioria que a gente atende no acolhimento é a falta da medicação. O acolhimento em vez de ser de escuta mesmo do problema emocional do paciente no subjetivo acaba sendo a prática da medicação diária (**Grupo I**).

A demanda é muito grande porque são quase oito mil prontuários. O acolhimento [acontece] todo dia e geralmente tem de cinco a seis a dez pessoas para serem atendidas. [O trabalhador] vai escutar porque que essa pessoa esta chegando, o que ela quer falar e às vezes é a questão da medicação que acabou (**Grupo II**).

No contexto brasileiro atual, cresce a demanda por problemas de natureza psicossocial, expressos como ansiedade, depressão, angústia, medos, dores, entre outros. Os agravos psicossociais por um lado, e os limites do modelo médico-hegemônico em lidar com estes, por outro lado, apontam para a necessidade de se reorganizar as práticas de saúde ofertadas pelos serviços de saúde, reavaliando as relações entre a oferta e a demanda desses serviços (LACERDA, VALLA, 2005).

A organização da demanda de atendimento no CAPS tem como premissa a noção de território, que coincide com a área de abrangência da Secretaria Executiva

Regional onde o serviço está localizado. As prioridades universais e cidadãos referem-se à idade referida e à condição de saúde em que o usuário se encontra no momento da chegada.

É a gente recebe logo esse paciente se ele for da regional (...) se for pessoa de setenta anos desses CAPS a gente atende logo porque é prioridade (...) ele não fica na lista de espera, não. Mas se for menos do que isso infelizmente tem que ficar na lista de espera (**Grupo I**).

Nesse acolhimento o que acontece é que a gente consegue resolver o problema, mas só que às vezes o médico fica estressado por causa da demanda (...) que no contato em saúde mental [o ideal seria] atender menos paciente. Tem que ser dez, mas por enquanto a gente não conseguiu organizar dessa forma, ou seja, dez pacientes [agendados] e quatro emergências (**Grupo II**).

O modelo médico hegemônico condiciona geralmente a demanda aparente e a oferta existente pela objetivação da doença e pelo distanciamento da relação profissional de saúde-paciente. Esta lógica de organização do modelo de atenção à saúde fundamentado na biomedicina dificulta a escuta, o acolhimento e a compreensão do sentido social do sofrimento (LUZ, 1997).

A reabilitação psicossocial dos usuários que sofreram longa permanência institucional é perpassada por intervenções e interseções de vários campos, pois a integralidade do cuidado implica, além da desospitalização, na reconstrução de histórias de vida, rede social, emprego e lazer, e de outras necessidades que se superpõem à atenção possível apenas na reorganização de serviços (PINHEIRO; GULJOR; SILVA JÚNIOR, 2007).

Talvez, somente pela escuta das demandas é que se traceje uma possibilidade de modificação de algumas rotinas dos serviços, tais como, a extinção de algumas práticas e criação de novas formas de trabalho, com o intuito de aumentar a satisfação dos pacientes, atender suas demandas e melhorar a qualidade do serviço (LACERDA, VALLA, 2005).

As relações interpessoais são tecnologias classificadas como leves na produção do cuidado em saúde. A incorporação das ferramentas como diálogo e escuta traduzem uma hermenêutica potencial na resolução das demandas e necessidades apresentadas pelo usuário no CAPS.

[às vezes] tinha enganho na própria relação, também tinha uma postura assim sei lá meio abusada com a pessoa, sabe que, muitas vezes, falta só assim dá uma olhada no olho e dizer: olhe bom dia! (...) dizer assim: a senhora tem razão, o quê que eu faço? Ah, mas é um absurdo eu já vim três vezes pro médico e ai infelizmente coincide nas vezes que o médico faltou (...) a senhora tem razão, hoje, eu não tenho nada que eu posso fazer pela senhora ou eu posso fazer tal coisa pela senhora? (...) a senhora

tem total razão, mas assim a senhora não quer que a gente dê um remédio, eu não sou nem médica, eu digo logo assim! A gente não vai passar um remédio para senhora [porque depois] a senhora vai morrer ou passar mal e não é certo isso (Grupo II).

No processar do trabalho e da relação que se estabelece entre serviço e usuário, operam processos tecnológicos - *trabalho vivo em ato* - que visam à constituição de relações de escutas, de vínculos e de compromissos em projetos de intervenção, os quais atuam sobre a demanda (problemas/necessidades) em saúde, tendo como finalidade o controle do sofrimento e da produção da saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

As tecnologias leves são tecnologias de relações, como acolhimento, vínculo, autonomia, responsabilização e gestão, as quais funcionam como modos de governar processos de trabalho (MERHY, 2002).

A utilização de tais tecnologias interfere na produção do cuidado. Para tanto, exige-se o compromisso de se utilizar o conteúdo dessas relações como substrato da tecnologia empreendida, o que irá ressignificar o cotidiano na reelaboração da intersubjetividade, porquanto sustentar-se-á a satisfação das necessidades dos indivíduos e valorizar-se-ão trabalhadores e usuários como elementos efetivos na concretização do cuidado (ROSSI; LIMA, 2005).

Os processos de produção em saúde decorrentes deste espaço relacional, só se realizam em ato e na interseção entre médico e usuário, ambientando a singular constituição desse profissional na trama do cuidado (MERHY, 1997).

Calcados nesse modelo, as situações que comumente expressam suas tensões são, de um lado, a da afirmação de um discurso e perfil profissional mais generalista, de outro. O uso incessante de modalidades de baixo custo para a produção de saúde enseja uma ação de mudança presa à conservação, não estabelecendo um novo compromisso com base na eficácia e na efetividade em torno das necessidades dos usuários, mas sim, modalidades simplificadas consumidoras de menos tecnologias duras ou endurecidas. Isso ressaltando um movimento consumista do usuário, como que compensatório a sua própria baixa efetividade (MERHY, 2000).

A tensão vivenciada nos momentos de espera pelo atendimento pode ocasionar pequenos desconfortos emocionais por parte dos usuários, refletidos na forma como expressa a sensação de satisfação em relação ao acolhimento recebido no CAPS.

Os pacientes, às vezes ficam estressados, com raiva porque a pessoa normal não quer esperar (**Grupo I**).

(...) tem uma questão que eu acho que atrapalha muito que é a questão do volume do atendimento porque vez por outra existe alguns desentendimentos profissionais e o próprio paciente porque não dar para atender ou porque tem muito gente (**Grupo II**).

O acolher, na unidade de saúde, inicia com o diálogo no momento dos encontros, por meio do trabalho em equipe, na tessitura de uma teia comunicacional não só entre serviço e usuário, mas entre os próprios trabalhadores daquele serviço. Cada encontro é, portanto, um ponto de iminente tensão ou acolhimento, que poderá ou não gerar cuidado. A confluência desses encontros pelo perfil do acolhimento possibilita que o resultado do cuidado seja o alcance da saúde, na sua integralidade (SANTOS et al, 2007).

O discurso dos entrevistados converge no sentido de atribuir a construção do vínculo entre usuários e equipe por meio da abertura subjetiva entre ambos, na formação de um contato, dialogado em torno da vida e de suas recorrências.

Pensar sobre vínculo nos remete à questão da responsabilidade e do compromisso. Criar vínculos implica a existência de relações tão evidentes e próximas que os profissionais possam se sensibilizar com todo o sofrimento alheio, sentindo-se responsáveis pela vida e morte daquele que o procura, o que pode arquitetar uma intervenção nem burocrática nem impessoal, estando, dessa forma, em consonância com um dos sentidos de integralidade: as práticas em si (MERHY, 1994).

A habilidade em propiciar os encontros subjetivos na conduta terapêutica e no processo de cuidar por parte dos trabalhadores de saúde acaba estando diretamente ligada às relações empreendidas. É fato que a proximidade entre os sujeitos desse processo incide diretamente na qualificação técnica em instaurar fusões, pactos e objetivos no caminhar terapêutico.

(...) quando algum deles me procura para conversar (...) se precisar de mim, eu sou aberta mas eu não posso tomar o espaço deles. Se for o caso que a pessoa precise sair dali para outro profissional, eu chamo a pessoa [o profissional] e dou um toque (...) ou se não, se a pessoa quiser só conversar comigo mesmo, escuto, olho o que está acontecendo. Isso é difícil acontecer mas quando acontece nós [equipe] estamos juntos (**Grupo I**).

Algumas pessoas do nível médio, alguns profissionais mesmo que não trabalha tão direto com o paciente tem uma dificuldade mesmo nas relações (**Grupo II**).

O vínculo possibilita fundamentar uma relação compromissada entre a equipe, usuário e família, favorecendo um convívio pautado na responsabilidade e na sinceridade que deve ser sincera e de responsabilidade. Por meio desse vínculo, facilita-

se a parceria, evocando uma ligação mais humana, mais singular, mais adequada às necessidades dos usuários e famílias, propiciando um atuar da equipe mais voltada à escuta, à compreensão de pontos de vulnerabilidade e à construção de intervenções terapêuticas individuais (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

O eixo condutor da própria clínica como prática dos trabalhadores de saúde permite a interface da integralidade no resgate do ser humano como o sentido de todas as práticas (RAMOS, 2005).

A formação na área de saúde apresenta dificuldades habituais para os impasses acerca da integralidade do cuidado. Os contextos de formação não podem ignorar as transformações econômicas, sociais, políticas e culturais, como não devem adequar os trabalhadores a estas transformações, pois dessa maneira estaria se mantendo tais profissionais como objetos dos processos de trabalho, ao invés de sujeitos (RAMOS, 2005).

O contato entre os indivíduos comprometidos pela manutenção da vida e com o propósito de parcializar emoções, anseios, dores e temores floresce sentimentos ligados à solidariedade humana. A afetividade torna-se explícita nos momentos de chegada e despedida, demonstrando a formação de um espaço mais tênue na prática clínica desenvolvida.

A reciprocidade sentimental é contextualizada por parte dos trabalhadores de saúde mental ao exporem suas expectativas e opiniões em relação ao trabalho desempenhado. Os determinantes relacionais tendem a ampliar os motivos de continuar a satisfação laboral no cenário do CAPS, até mesmo sem considerar substancialmente aspectos de honorários e salários.

(...) é a segunda casa deles (...) é tanto, que quando chega o final de semana eles já acham ruim. Eles são muitos apegados com a gente (**Grupo II**).

Eu acho fantástico (...) eu amo mesmo meus pacientes. Isso não é falsidade, não. É pelo o cuidado que eu tenho eu tenho amor. Não é o amor que eu tenho pela família, não. É o amor que eu tenho pelos os meus amigos, é uma forma de amor. Não existe ato de cuidar sem amorosidade. Cuidar já envolve amorosidade. Ao você cuidar, você já desenvolve [o amor]. Todo mundo tem preocupação com o cuidar. Ninguém está aqui só para ganhar dinheiro, até porque o que pagam aqui é muito pouco (**Grupo II**).

Na circularidade das trocas e relações, a obrigação é compartilhada, fazendo com que aquilo que é recebido seja repassado, tramando uma rede simbólica de produção de sentidos e referências (GUIZARDI; PINHEIRO, 2006).

No entender de Guizardi, Pinheiro (2006), tais mudanças institucionais relatadas como decorrentes dos vínculos estabelecidos entre a equipe e a comunidade assistida. Através deles, o cuidado pode efetivar-se num contexto de troca, retribuição, doação, o que pode, ao se oferecer assistência, resultar como resposta em gratidão e respeito.

O significado do cuidar para com os usuários do CAPS se modifica a partir das trocas e interações vivenciadas nas atividades cotidianas do serviço. Às demandas e lacunas psíquicas e ou orgânicas do transtorno mental, acrescenta-se a carência emotiva e social particularizada em cada usuário atendido.

(...) eles [usuários] têm os sofrimentos deles, eles são físicos, são carentes, têm problemas psicológicos, têm transtornos mentais (...) não deve ser fácil não (**Grupo II**).

O usuário precisa ser cuidado (...) estava se percebendo que muita gente vinha procurar pela facilidade de ter acesso ao médico e até, a medicação. Mas como diz a cantora Maria Rita, a sociedade ta preferindo se anestesiando do que tomar conta da sua dor. Então percebe-se que nessas crises seja ela política ou assistencial ou devolutiva dessa violência é que se vive (...) todo mundo querendo dormir pra esquecer (**Grupo I**).

Dessa forma, consolida-se a efetiva e resolutiva prática do cuidar em saúde mental a partir do trabalho responsabilizado entre os sujeitos (equipe e usuários) delineando um cuidado relacionado a problemas e demandas de ordem social e sistêmica.

A vinculação ao serviço demonstra uma certa confiabilidade por parte dos usuários no cuidado empreendido para com a população. A partir da evolução histórica de implementação de práticas e incorporação de saberes, o papel do CAPS se resignifica a cada dia perante os usuários na comunidade.

A aceitação do trabalho feito pela equipe no território de abrangência ressurge no próprio serviço e se apresenta pela crescente demanda que existe todos os dias para o atendimento. A arena de acesso ao serviço tende a ser disputada quantitativamente pelos usuários, numa disponibilidade agudizada pela constante reorganização da triagem por parte do CAPS.

Hoje em dia é 'briga' para se tratar no CAPS (**Grupo II**).

Todo dia entra pessoas novas no CAPS (**Grupo I**).

Necessidades e demandas da população atendida no CAPS são determinantes na oferta do cuidado e na transformação do olhar sobre a loucura. A integração social dos usuários atendidos se faz na ampliação do olhar clínico para uma

noção de saber/fazer em estreita inter-relação da clínica com a política (GULJOR; PINHEIRO, 2007).

Para os autores, em se falando de necessidades, deve-se atentar que estas estão voltadas para a produção da vida, para a potencialização do sujeito. A compreensão de suas nuances somente é possível através da aproximação com sua realidade cotidiana, da desconstrução dos estigmas de incapacidade. Ademais, relevante e necessário é estabelecer uma nova ética em que o outro tenha o que dizer sobre si e não seja meramente descrito sob um viés de padronização científica, definindo-se como um conjunto de sinais e sintomas.

De forma diferente, alguns entrevistados denotam o sentimento de estarem colocados na linha entre as relações já definidas pelo usuário em seu viver. A convivência familiar, dessa forma, parece inserir um novo componente: a equipe de saúde mental.

(...) o CAPS [participa] totalmente no risco que ele [paciente] corre (...) [às vezes] é entre ele e o pai [ou seja] na briga entre os dois. (**Grupo I**).

Leal; Delgado (2007) asseveram que o ser humano transita entre movimentos de conexão com o mundo, com o outro, como parte de uma totalidade e movimentos de afastamento, em que para se manter a individualidade, o mundo é posto em parênteses. Em seu modo de ver, pacientes graves têm essa dificuldade, qual seja o do movimento pendular. A intervenção em saúde mental tem de permitir esse movimento, que para ser alcançado, a terapia do sujeito não deve se limitar ao espaço do serviço, deve enxergá-lo em seu território, como ele se circunscreve em seu contexto social e relacional.

Autonomia e responsabilização

A convergência contextualizada nos discursos apresentados discorre a direta ligação da autonomia com o processo de sobrevivência dos usuários do CAPS. A sua autonomia interrelaciona-se com os atributos necessários à condição humana de viver.

A exclusão social decorrente de todo um processo sócio-histórico da conjuntura brasileira evidencia-se na ausência quase que total de mecanismos de apoio e suporte para o enfrentamento do processo de adoecimento psíquico.

Autonomia, em sua etimologia grega, pode ser significada como o exercício de um poder com absoluta independência do sujeito. Pode-se traduzir no complexo de

regras que os indivíduos elegem para definir seus interesses nas relações recíprocas (MARCHI; SZTAJN, 1998).

Ainda no entender do autor, a questão da autonomia é evidenciada pela vontade que, sob um enfoque kantiano, é autônoma por determinar-se em razão da própria essência; ata-se, portanto, vontade e autonomia. Nessa configuração, tange-se a dimensão jurídica do sujeito, da liberdade, o gozo e exercício de direitos subjetivos, o exercício de poder e de cumprimento de deveres em face de outros sujeitos (MARCHI; SZTAJN, 1998).

Autonomia em saúde pode se definir como o poder exercido pelo usuário ao eleger o profissional para atendê-lo, o tratamento a ser implementado, o que vem subjazendo os seus interesses exercidos em consonância a sua independência. (MARCHI; SZTAJN, 1998).

Heteronomia, em contrapartida, é o poder que se dá, ou que alguns profissionais pretendem possuir, determinando comportamentos na imposição de vontades. Nesse percurso, pode-se compreender que dado ao não-cumprimento da regra sem adesão ou confirmação pelo foro íntimo, não se pode deixar de resvalar no âmbito da coação (MARCHI; SZTAJN, 1998).

No contexto da manifestação da vontade, admite-se que algumas pessoas são incapazes de manifestar legitimamente sua vontade, como as crianças, os adolescentes, os loucos. Para esses casos, a ignorância, a coação, o erro, por serem determinantes ao exercício da autonomia, podem resultar em heteronomia sob aparência de autonomia (MARCHI; SZTAJN, 1998).

Uma concepção possível para autonomia seria pensá-la como o momento em que o sujeito passa a conviver com seus problemas com o intuito de solicitar menos dispositivos assistenciais do próprio serviço, em que no dizer de Tykanori (1996), não se deve criar e impor critérios de autonomia, entretanto, ressalta que se deve observar qual o lugar ocupado pela questão no interior de um novo olhar sobre a loucura, na própria concepção da instituição sobre esse olhar e de como ele pode ser promovido no cuidado dos usuários.

A acolhida e vinculação ao CAPS determina o início de um processo terapêutico a ser compartilhado com o usuário que outrora estava à parte do viver humano. A construção de sua autonomia parte também do apoio dispensado no cenário

do CAPS e na formação de novas estratégias de enfrentamento do transtorno e da condição social em que está inserido.

O adoecimento psíquico é apenas uma singularidade do sujeito em exclusão social. Em alguns momentos, sendo causa, e interpondo a condição deficiente e diferente do agravo mental, mas também sendo consequência de uma lógica de produção capitalista em que o acúmulo de dividendos por parte de uma minoria social empata e obstrui o desenvolvimento saudável de pessoas da base social.

[A equipe do CAPS] está cada vez mais se preparando para cuidar deles [usuários] pois lá fora, geralmente, tem o preconceito. Eles gostam daqui, é importante para eles. Têm uns que dizem que sem o CAPS, para ele não era nada, vivia jogado por aí pela rua. (**Grupo I**).

Os motivos pelos quais essas pessoas adoeceram [foi] por não ter lazer, não ter moradia, direito (...) não ter nada. Essas pessoas praticamente, muitas delas, estão com a vida zero, vida social zero, digamos assim, família e etc. Se tiver uma pessoa perambulando o serviço social vai lá tenta resgatar para o CAPS (...) tenta ver abrigo, tem o trabalho aqui dentro (...) dá orientação sobre os benefícios, dá orientação para o trabalho. A questão de não ter grupo social é muito excludente. (...) Tem paciente aqui que há muito tempo não tem crise, então (...) tem condições de viver em uma rede social mas não há abertura. A gente aqui no CAPS esta tentando criar aberturas para eles (...) mas ainda não há possibilidade de emprego, não têm programas disso, não tem um programa para o deficiente (...) quantos pacientes que a gente tem aqui fora do mercado de trabalho produtivo e ocioso, aí adocece, aí volta para sua vida. (...) volta para miséria que ele vivia e não é só isso (...) ele não tem ainda forças para lutar sozinho e por isso adocece de novo. (...) Dá muita revolta nisso (**Grupo II**).

Kalil (1992) explica que a Declaração de Caracas reforça a idéia da reestruturação da atenção psiquiátrica vinculada à Atenção Primária à Saúde, favorecendo a promoção de elos concentrados na comunidade e integrados com suas redes sociais, com a manutenção do doente em seu meio social.

Tendo essa idéia como direção, pode-se denotar ainda segundo o autor, que o hospital psiquiátrico deixa de ser principal elemento da atenção psiquiátrica e que os serviços comunitários passam a ser o principal local para se obter atendimento.

Para Amarante (1999), avançar nessa linha de pensamento significa que se deixa de se ocupar da doença e passa-se a se ocupar dos sujeitos. A assistência ultrapassa a prescrição de medicamentos e a aplicação de terapias, indo à ocupação do cotidiano, do trabalho, do lazer, do ócio, do prazer, da atividade conjunta.

Complementando este pensar, é fato que a proposta estratégica desenvolvida no CAPS, na tentativa de inverter a lógica da exclusão social, faz-se por meio de articulações entre a comunidade e a formação dos próprios usuários no sentido da produção e geração de renda e trabalho.

A intersectorialidade acarreta a desmistificação da doença mental ao entrecruzar olhares e sentimentos por meio de artifícios como a dança, o folclore, enfim a cultura. Na medida em que são compartilhados momentos comuns da vida em sociedade, aos poucos, traduz-se a verdade do conviver sadio e possível.

A intersectorialidade parte do pressuposto de que as instituições apresentam um objetivo comum, cada qual advindo de lugares diferentes, de diversos campos de atuação. Focar a atenção em um único centro subtrai a responsabilidade de outros parceiros, perdendo-se a oportunidade de se atuar em uma clínica ampliada, ou desvinculando a família de seu próprio papel (POLLETI, 2008).

Olha ai que coisa legal eles se sentem orgulhosos de estarem ensaiando essa quadrilha para está se apresentando aqui e vão entrar aqui na unidade (...) são tudo adolescente e vão entrar para se apresentar para os pacientes. Vai ter paciente em crise, vai ter paciente bem, não vão nem saber quem são os pacientes e quem são os funcionários, vão está aqui (...) isso é um processo de construção (**Grupo II**).

[No CAPS têm] as mulheres do fuxico, as mulheres que bordam, hoje elas trabalham muito bem essas estórias dos bordados, fazem coisas lindas e todas, hoje, produzem na oficina produtiva. Elas passaram pelo um período, chegaram em crise, passaram pelos os grupos com as pessoas em crise e depois foram melhorando até chegar no momento que elas estão [agora]. (**Grupo II**).

Polleti (2008) reitera que o CAPS deve atuar com a idéia de projeto terapêutico singular, com respeito às diferenças regionais, abrangendo as contribuições dos integrantes da equipe profissional, além das iniciativas de familiares e usuários. Deve, ainda, considerar o cuidado articulado a recursos clínicos, a questões de moradia, de trabalho, de lazer, de previdência, consistindo, por esses motivos, em ampliação tanto da intensidade dos cuidados quanto da diversidade.

A produção laboral de peças ou elementos artísticos, também conhecidos como artesanato promove a interação, em primeiro lugar, entre os usuários acompanhados pelo CAPS. Ainda assim, favorece o contato com a equipe na expressão de idéias e habilidades.

Por outro lado, a confecção de materiais artesanais induz a formação técnica dos usuários e re-significa o papel dos mesmos no espaço produtivo social. Embora o objetivo não seja a produção em escala para o comércio comum de mercadorias, os artefatos produzidos pelo usuário fortalecem a autonomia percebida por eles no sentido de encontrar um significado social para a vida.

Enquadra-se a idéia de que se o processo de transformação de objetos (trabalhos) pressupõe quantitativa de energia psíquica ligando e religando, o grupo de

trabalho. Faz-se terapêutico quando suscita movimentação libidinal, exatamente o contrário que ocorre nos transtornos psíquicos. Assim, a liberação das vontades e desejos acontece no trabalho grupal quando se engrena diversas práticas sociais, artísticas e culturais (LANCETTI, 1994).

Leandro et al (2007) reforçam que os usuários dos CAPS recebem apoio em suas iniciativas de busca de autonomia e nas atividades terapêuticas desenvolvidas, destacam-se artes plásticas, atividades para produção de renda, como culinária, costura e artesanato em geral.

O processo de construção da autonomia do usuário se desenvolve com o tempo singular de cada indivíduo. A implementação do plano terapêutico deve incorporar essa absorção seletiva das diferenças e contrastes subjetivos na forma de ser e agir no mundo de cada usuário do CAPS.

Os ruídos e tensões muitas vezes se condicionam pelo modo subjetivo de se estranhar, de ver o outro e de perceber o cuidado, para tanto, a equipe do CAPS necessita da sensibilidade clínica.

O tempo deles [usuários] não é o nosso tempo. Então vamos continuar, porque com o tempo ele [usuário] vai apreender. Eu acho que a equipe compartilha isso e agora eu vejo aqui que quando alguém falha ou quando um paciente gritou por se sentir pouco acolhido, a gente pega e trás aqui. Eu acho que melhorou muito (**Grupo II**).

(...) para se construir autonomia com alguém que chega confuso é preciso também você favorecer um ambiência que traga de volta a possibilidade de significar a historia desse paciente certo (**Grupo I**).

O convívio do usuário com transtorno mental com os sujeitos de sua vida social, tais como, família, amigos e comunidade, muitas vezes, requisita um empenho por parte destes para com o seu caminhar terapêutico.

A disponibilidade da parceira impõe uma dependência daquele que se dispõe à atividade, mas por outro lado caracteriza também uma delimitação do modo de vida do usuário, já que não apresenta mais a liberdade autônoma de trilhar um caminho sob suas próprias escolhas e vontades.

[No CAPS, às vezes,] as pessoas já estão no seu limite. Estão na sua dependência e geralmente é uma pessoa que já vem acompanhada (...) é o irmão que vem com a irmã já que ele não pode vir só, é o marido que vem com a esposa porque ela não faz mais nada só (**Grupo II**).

As atividades desenvolvidas pela equipe do CAPS apresentam uma significativa característica: a não-tutela dos usuários. A busca pela autonomia dos mesmos em toda a prática clínica observada preserva a decisão própria, o livre-arbítrio, ou seja, a vontade e a escolha de cada um. No entanto, a equipe em momento algum se abstém

do apoio e do suporte dimensionado no repasse das informações, na ajuda terapêutica e social e também na co-responsabilização. (**Observação**).

A divisão e a negociação de responsabilidades no cuidado em saúde mental entre os atores sociais que o compõem, dá-se por meio do cercar, conquistar, convencer, do acompanhamento e agenciamento do usuário, o que envolve uma complexa rede social de suporte (SILVA, 2007)

Costuma-se falar da responsabilidade do usuário sobre os próprios atos, mas logo se aponta a necessidade de compartilhar encargos sobre o cuidado com familiares e comunidade. Os processos de individualização ocorrem através da responsabilização de entes intermediários (SILVA, 2007).

Nesse sentido, os discursos convergem para a responsabilização direta da equipe de saúde mental para com o projeto terapêutico do usuário atendido. As conformações e distorções ocasionadas pela não-vontade ou recusa do usuário em seguir as proposições pactuadas são veementemente potencializadas pela conversa e escuta ativa na relação subjetiva equipe-usuário.

A preocupação e responsabilidade dos trabalhadores de saúde mental pela manutenção do cuidado pretendido inferem a necessidade de estar sempre alerta em relação a datas, comparecimentos e condições de vida apresentadas.

(...) ele [paciente] não consegue é ser disciplinado para tomar as medicações no horário certo (...) às vezes toma a medicação, às vezes não toma a outra no outro horário (...) às vezes tem três horários, então não toma a medicação nos horários certos (...) quando tem essa deficiência, às vezes, não tem nem ajuda da família nesse suporte. Tem paciente que a gente tem dificuldade, por exemplo, tem paciente que começa o tratamento, ai ele tem que vir todo dia e depois ele não vem mais. [Porém, a equipe do CAPS] é muito atenciosa mesmo, a gente nota que ela se preocupa mesmo com o paciente, com bem estar geral do paciente (**Grupo I**).

Eu não posso deixar essas pessoas sem o atendimento (...) então a gente está monitorando as pessoas para sempre ter um atendimento [acompanhamento mensal] (**Grupo II**).

No trabalho em saúde, as necessidades podem ser traduzidas além das carências dos sujeitos que procuram os serviços, além do consumo de um produto que mantenha ou restabeleça a sua saúde, cujo resultado alcança um valor de uso de finalidade inestimável: mantê-lo vivo e com autonomia para exercer seu modo de viver (MERHY, 1997b).

O cuidado e a atenção à saúde devem superar o papel funcionalista e individual, ou seja, o “de cada um” e ir em busca da responsabilização e da solidariedade entre os serviços, entre as pessoas e entre as famílias envolvidas. O

caminho é o das relações, nessa co-responsabilização, no significado que se dá à pessoa, entendendo o sujeito e seu poder, sendo ele mesmo, também, protagonista do projeto terapêutico (DOMINGUES, 2004).

A realidade da responsabilidade da equipe pelo cuidado é complementada pelos discursos apresentados a seguir nos quais se demonstra que em momentos de crise ou urgências existe a mobilização intensa de toda a equipe do CAPS para proporcionar uma intervenção adequada para a situação vivenciada.

A parceria ou co-responsabilização pela própria família no sentido de promover também o ato responsável e dirigido ao apoio e suporte na contratualidade terapêutica é bastante favorecida pelo CAPS.

(...) quando chega uma tentativa de suicídio a gente mobiliza todo o CAPS (...) mobiliza todo mundo mesmo que trabalhe diretamente nele a psicóloga e o psiquiatra. (...) no CAPS fica todo mundo em alerta (**Grupo I**).

(...) tem o abandono dos tratamentos, é difícil, não é fácil. Mas alguns deles conseguem se livrar mas os que não consegue a gente tenta conversando com a família (**Grupo II**).

A prática interdisciplinar não se processa pela multiplicidade de vários profissionais de diversas áreas em um espaço único de trabalho. Ela está alicerçada sobre a responsabilidade individual, advinda do envolvimento do profissional com o projeto, com as pessoas envolvidas e com a instituição (COSTA, 2007).

Peduzzi (2001) observa que é papel do paciente integrar ações, sendo levado a ser atendido por vários profissionais, sem que esses atendimentos estejam vinculados a um projeto assistencial, haja vista o processo de justaposição em que essas equipes trabalham.

O trabalho com a família, na proposta de técnicas de conquista, convencimento e captura, é necessário para que haja alguma possibilidade de co-responsabilidade. As estratégias de vínculo e engajamento no fito da adesão e da continuidade do atendimento têm correlação com uma tentativa de dividir encargos (SILVA, 2007).

O compromisso da equipe do CAPS para com o cuidado integral produzido na relação com o usuário converge nos discursos, ao se expor a dimensão coletiva de todos os trabalhadores de saúde mental do serviço em estarem empenhados no fortalecimento desta prática. A manutenção e apropriação protetora disponibilizam o vínculo significativo do ato de acolher.

(...) é tanto que cada serviço [atividade no CAPS] que você vê, não é uma coisa feita sem cuidado, todo mundo tem cuidado. (...) porque todo mundo aqui [no CAPS] é comprometido com o povo (**Grupo II**).

(...) ninguém trisca nem um dedo neles (**Grupo I**).

O projeto terapêutico cuidador caracteriza-se por constituir-se num conjunto de atos assistenciais pensados, que deverão ser encaminhados com o objetivo de resolver o problema de saúde do usuário pela equipe. Nesses atos a organização do processo de trabalho toma como diretrizes o acolhimento e vinculação da clientela em que a responsabilização está presente e associada à utilização de diversos saberes (TRAESEL; FRANCO, 2004).

A limitação profissional se apresenta de forma divergente da tentativa de interpor o cuidado comprometido e co-responsabilizado. O discurso a seguir reflete a falta de habilidade em determinadas situações, o que interfere na efetivação do agir em saúde.

(...) eu não vou fazer uma coisa que eu não consigo (...) não vou agir de uma maneira que eu não tenho segurança (**Grupo I**).

A formação de trabalhadores é permeada por currículos arcaicos, muitas vezes, centrados no modelo hospitalocêntrico, com carga horária excessiva, dissociação entre teoria e prática e entre ciclos básico e clínico determinantes, que favorecem a utilização indiscriminada de tecnologia não-relacional, prática profissional impessoal e descontextualizada (TAVARES, 2006).

No campo da saúde mental, as estratégias de formação em serviço têm como desafio a configuração da reforma psiquiátrica. Estas premissas seguem a dimensão da educação continuada em serviço, não destinadas apenas a informar os indivíduos sobre recentes avanços em seu campo de conhecimento, mas substituindo por programas mais amplos que articulem conhecimentos profissionais com toda a rede de saberes e práticas do SUS (TAVARES, 2004).

Resolutividade

A resolutividade na produção do cuidado integral se consolida na medida em que se busca e tenta alcançar o suprimento das necessidades de saúde do usuário em seu contexto territorial e subjetivo.

Avaliar a resolutividade das ações em saúde, a partir de uma perspectiva da efetividade da ação e da satisfação, reporta ao espaço do atendimento às necessidades e não ao tratamento, compreendido como advindo e demarcado pela subjetividade e

criador de direitos dos usuários. A eficiência de que se fala está linearmente amparada pelas respostas dos atos e procedimentos terapêuticos em si, permeados pelo olhar da investigação científica, assumindo o modelo liberal-privatista-fetichista de ver/fazer saúde. As práticas, tendo este pano de fundo, estão erigidas na resposta que as próprias ações terapêuticas podem gerar ao trabalho, no resultado alcançado pelo serviço, como proposta de terapia e de consumo de atividades em saúde, preterindo assim, o âmbito da autonomia do usuário (MERHY, 1994).

A convergência dos discursos apresentados relaciona à resolutividade com a melhora do estado de saúde dos usuários. O alcance do estado de equilíbrio relaciona-se com a efetiva participação do próprio usuário e da família, no seguimento adequado da proposta terapêutica.

Ainda assim, a implementação de práticas integrais em saúde mental, como no caso da massoterapia possibilita atingir um nível de estabilização, ou melhor adaptação para com o viver no transtorno psíquico pelo usuário.

Merhy (1994) adverte que as práticas realizadas, embasadas em uma proposta do resultado das próprias ações terapêuticas no caráter avaliativo de suas propostas, tornam os trabalhadores em saúde muito dependentes das atividades como meio, deixando-os desatentos à teleologia dessas práticas.

Seguir modelos e receitas pré-definidas e simplificadoras é agir com o emolduramento da desconsideração da multiplicidade de saberes e práticas que reordenam a constituição dos CAPS, validando o seu fazer solidário e experimental. O lugar da crítica, da auto-análise, da ressignificação da práxis nasce dessa mudança de postura, a qual viabiliza a elaboração de novos sentidos, de novas vidas, para além da eliminação e interdição dos desejos (MERHY, 2007).

[O paciente do CAPS] encontra resposta, alguns pacientes têm logo de imediato uma melhora. [Em outros casos], o médico troca o tratamento deles, mas eles não fazem, a família não coopera, então isso é trabalhado com ele e a família (**Grupo II**).

(...) depois que eles ficaram com esse processo de acompanhamento com a enfermagem, eles ficaram muito bem mesmo (...) Está sendo legal, está sendo muito bom, muito bom mesmo. A gente sente uma gratidão muito grande quando vê a pessoa fazendo a massagem, depois que ela termina a massagem, você percebe que faz bem para a pessoa ser tocada (**Grupo I**)

A participação da equipe do CAPS na produção do cuidado resolutivo está convergindo nos discursos expressos pelos trabalhadores. A subjetividade humana é o

espaço referencial para a aproximação das ações de saúde mental em busca da resolutividade e qualidade da atenção.

As diversas formas de se conviver socialmente e os sentimentos diversificados de cada sujeito na trajetória de vida estão presentes nos serviços de saúde mental e permeiam as relações entre equipe e usuários.

Com certeza o CAPS está sendo resolutivo no tratamento dos pacientes. Sendo que para que ele seja resolutivo, os pacientes têm que participar do tratamento, tem que participar. Os usuários se sentem cuidados mesmo (...) agora tem dia que eles, eu acho que é por causa do problema neles mesmo (...) que eles não se sentem bem nem com eles mesmos (...) então pronto, nesse dia é o dia que a gente tem que está mais alegre com eles. (...) mas eles se sentem muito bem ao lado da gente, tem uns que dizem que aqui é a família deles mas eles não podem ficar [direto] aqui (**Grupo I**)

O nosso cuidado aqui é ficar preocupado com esse ‘depois’ porque a qualidade desses ‘depois’ da saída da pessoa daqui [do CAPS] para que esse encaminhamento não faça com que essa pessoa retorne daqui pior do que ela entrou mas que ela se mantenha bem. A gente tem uma responsabilidade nisso. (...) ela foi conseguindo, passou no vestibular (...) e no segundo vestibular, pois no primeiro ela passou e não gostou porque era mais fácil (...) para mim isso é resolutividade (...) sair, sair completamente (...) envolve o social que acolha. (**Grupo II**).

A atenção psicossocial, possibilitada pela ampliação da noção de integralidade, circunscreve-se na categoria de um dispositivo estratégico, um lugar de acolhimento, de cuidado, de trocas sociais, um serviço que abarque a pessoa e não a doença, um espaço de socialização e de produção de subjetividades (AMARANTE, 2007).

Por outro lado, a melhora dos usuários ainda não é visualizada por alguns membros da equipe e relaciona esta regularidade do adoecimento psíquico à condição determinista de se manter sob a exclusão social e na privação de atividades sociais, no caso, o trabalho.

(...) até agora eu ainda não vi a solução completa, mas, mesmo assim, eu já vi melhorar muito. (**Grupo I**).

(...) lógico que ele não consegue voltar ao mesmo trabalho que tinha antes (...) para se adaptar de novo aquela vida agora com o transtorno mental (**Grupo II**).

Um dos meios pelos quais os profissionais procuram construir algum nível de autonomia com o usuário é o estímulo a trocas sociais, mediando à interação daquele com os sujeitos que o cercam. De modo mais simplificado, a atenção psicossocial visa a aumentar o prestígio do usuário em seu ambiente social, através da multiplicação das interações sociais (SILVA, 2007).

Os discursos ainda convergem para a resolutividade do cuidado em saúde mental, por ocorrerem através das práticas integrais empreendidas no cotidiano do CAPS. A integralidade das práticas perpassa pela hermenêutica da relação entre os sujeitos envolvidos em busca de parcializar propostas de seguimentos terapêuticos, de espaços de intervenção e de suporte social.

As transformações das práticas em saúde passam pela premência e valorização de novos saberes, por uma atitude assaz dialógica da equipe entre si e com os usuários, por uma abertura conceitual em relação ao modelo biomédico por uma maior responsabilidade política dos gestores (FAVORETO; CAMARGO, 2002).

A integralidade se consolida nas ações conjuntas da equipe do CAPS com outros serviços da rede de saúde e no debate acerca das medidas e ações de saúde desenvolvidas em ambos os cenários de cuidado.

[Os profissionais do CAPS] estão fazendo um trabalho muito bom. Alguns pacientes já estão sendo transferidos. (...) eles [equipe] vão aos postos, conversam com os médicos, discutem os casos, e aqueles pacientes que têm uma estabilidade, às vezes, estão fazendo uso de diazepam (...) na dependência dos métodos dos diazepínicos, transtornos leves, depressão leve (...) muito bom para gente seria a transferência desses pacientes mais leves e poder integrar mais nesses transtornos graves que eu acho que é o nosso perfil (**Grupo II**).

O paciente que está aqui [no CAPS Geral] e que fica usando droga e a gente não vai resolver (...) existe todo mês uma reunião do CAPS AD com o CAPS Geral para discutir os casos (...) para não jogar o paciente para lá (...) o paciente também tendo transtorno mental sem ser por uso de substância psicoativa [e está no CAPS AD] então vem para cá, pelo menos está tendo essa parceria (**Grupo II**).

A instituição que se propõe à atenção social deve estar situada na exterioridade territorial, mantendo um interstício poroso de articulação, em que ocorra o trânsito de todos, afrontando e superando a idéia asilar de internamento e clausura. Os espaços de interlocução, a partir dessa exigência conceitual e espacial, devem ser promovidos, visando medidas de integralidade, reintegração socioeconômica e de profundidade no interpretar da complexidade das demandas, ultrapassando as ações de atenção estratificada por níveis (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

Nesse sentido de integração das práticas, serviços e sujeitos, a própria equipe do CAPS demonstra o empenho direto neste propósito comum de efetivar as relações na busca da resolutividade da assistência e atenção à saúde mental.

Eu acho que a equipe é integrada. (...) no meio dessa integração, todo mundo se gosta e todo mundo se aciona para resolver um caso. (...) a equipe toda se empenha da melhor forma possível (**Grupo II**).

(...) se pudesse ter mais médico (...) mais psicóloga (...) mais enfermeira (...) mais farmacêutico, tudo para fazer acolhimento seria ótimo (**Grupo I**).

A atenção em saúde mental traçou um caminho margeado e alicerçado por um modelo operacional complexo, rico, múltiplo, entretanto, ainda não desarticulou o modelo de referência. As práticas desenvolvidas ainda permanecem na exposição de espaços separados de intervenção, fragmentando as diversidades terapêuticas, o que engendra o paradoxo da desproporção de oferta de serviços e o usufruto desses (DELL'ACQUA; MEZZINA, 2005).

Complementa-se a evidente resolutividade atingida pelo CAPS por meio da integração das práticas, serviços e sujeitos, ao se expressarem as intervenções referidas, no sentido de favorecer a troca mútua entre as necessidades e demandas de cada usuário e o compromisso da equipe para com a devida assistência.

A medicação prescrita nos CAPS insere-se como uma demanda importante da população atendida. A dispensação direta dos fármacos relacionados às terapias medicamentosas repassadas aos usuários é referida nos discursos dos trabalhadores, aqui expressos como importante indicador de resolutividade assistencial e do serviço.

[Acontece] uma vez perdida na vida do paciente ter que receber uma hidratação porque está muito desidratado e porque ficou muitos dias sem comer (...) e precisa de uma medicação (...) no músculo, na veia dele (**Grupo I**).

(...) resolutividade para eles é receita na minha [do paciente] mão e a medicação na minha [do paciente] mão (**Grupo I**).

A clínica e a postura da intervenção, a manutenção das práticas tipo queixa-conduta, a visão dicotomizada entre este tipo de clínica e a do discurso promocionista em saúde ainda são facetas vivenciadas no âmbito da prática laboral em nosso sistema de saúde, por mais que se tenha modificado esse olhar e que se utilize de campanhas, de estratégias de vigilância e de medidas de controle e avaliação de riscos. Ainda se confrontam discursos unilaterais dentro do próprio discurso da saúde, de um lado a prática baseada na análise epidemiológica e na política pública de intervenção sobre essa realidade analisada; de um outro, a promoção de saúde que ainda se utiliza de uma pragmática do deixar de existir condições que tragam o contexto da doença e que se digam saúde, sem ao menos revisarem os sentidos, os conceitos de saúde, nesse discurso de alcance do óbvio e do concreto (CAMPOS, 2006b).

A imposição de posturas, de regras e de estilos de vida ainda emite e reafirma a noção de que saúde está na demarcação de um ato, na estagnação de uma dor, no evitar de condições. As posturas implementadas pernosticamente embasam-se em receitas e análises arrogantes, degradando e limitando práticas, refazendo discursos cuja

abordagem teórica não reflete uma práxis diferente, em que o usuário não esteja à mercê de receitas não negociadas consigo e vinculadas a sua realidade (CAMPOS, 2006b).

Os momentos de crise se relacionam também com a resolutividade do CAPS perante os trabalhadores de saúde, muito embora, a família pareça ainda não condicionar o estado de equilíbrio do familiar ao transtorno psíquico e com a continuidade do tratamento.

A gente percebe muitas pessoas que estão sem entrar em crise, que não são mais internadas em hospital psiquiátrico e [de repente] no mesmo ano ela tem uma grave crise psicótica porque parou tudo de uma vez (...) por influência da sociedade mesmo (**Grupo II**).

A gente percebe que quando as famílias interagem no tratamento desses pacientes é muito difícil uma recaída, mas quando esse paciente só conta com ele e é discriminado lá fora, e passou o final de semana com a família desejando que ele se interne, esse paciente sempre volta a ter crise (**Grupo I**).

Em momentos de crise, deve-se ressaltar o exercício da flexibilidade da equipe do CAPS, não somente para compreender o usuário, mas principalmente para intervir de modo terapêutico na relação. As atividades grupais têm sua utilidade por promover o espaço de troca necessário para esse olhar de compreensão (ZAGO; RAMOS; OKI, 2001).

A eficácia da terapêutica empreendida no espaço de cuidado do CAPS presencia atividades de toda equipe de trabalhadores. Ainda assim, no caso da observação direta de situações de definição diagnóstica ou de tratamento, é feita de forma compartilhada com a família para evitar o descompromisso e não-responsabilização pelas etapas do projeto terapêutico.

(...) essa observação é a médica que faz (...) observação da real necessidade, do que a família fazer no acompanhamento daquele tratamento do paciente. Quando vem para cá ela já vem orientada. (...) na enfermagem só entra quando o médico manda para tomar a medicação ou é um paciente que está no descontrole da medicação todinha, aí a gente entrega a medicação semanal (...) ou diária para [aqueles] que só vivem aqui [intensivos] (**Grupo I**).

Quanto à definição dos papéis de cada profissional sobre a enfermagem, são primordialmente citados os aspectos de execução de ordem médica.

Essa representação pode estar relacionada com a visão que se moldou no senso comum, tendo por base o conhecimento produzido pelos próprios pioneiros da psiquiatria, quando, na primeira metade do século XX, nos hospícios brasileiros, os psiquiatras desejavam que a enfermagem se realizasse a partir de aptidão e vocação. Julgavam fundamentais para o perfil dos profissionais de enfermagem a paciência, a docilidade, a energia e a firmeza de caráter (MOSTAZO; KIRSCHBAUM, 2003).

Ainda pela expressiva atuação de forma grupal nos planos terapêuticos dispostos e compartilhados no CAPS, o grupo terapêutico se relaciona com a resolutividade ao promover a troca de experiências, opiniões e vivências acerca da adoção pactuada do projeto terapêutico.

[Existem grupos] com questões graves de sexualidade (...) questões graves de [participantes] não se aceitarem (...) nós temos muitos pacientes policiais, você não tem idéia de como a policia está doente, muito doente. (...) paciente que não aceita a limitação e a diferença mesmo, então ele dentro de um grupo onde há discordância, se ele escuta, vai atuar porque ainda não está nessa condição de ouvir e de refletir (...) de dizer que está ou não de acordo com você (...) de ter uma briga sadia (...) ele vai atuar e vai criar uma situação de risco. Nessa condição se trabalha com ele [individualmente no início] para poder daqui a pouco [com o tempo] ele poder entrar [no grupo]. (**Grupo II**)

O grupo é um dispositivo em que se propiciam começos e acontecimentos, é universal em sua concepção e envolvimento; está desvelado no processo, no devir. O dispositivo deve ser entendido na medida em que lida com a fala e o gestual, ao se acionar instituições em que o sujeito está inserido e como, através dessas, ele constrói novas redes de diferenciação. Ao escutar e agir sobre esses modos de coletividade, traça-se o percurso dos encontros possíveis e a produção das rupturas, dilatando o desenho da subjetividade a partir do modo de produção capitalista (BARROS, 1994).

O fornecimento da alimentação para os usuários do CAPS representa um aporte social para resolver necessidades básicas de sobrevivência. A situação de miséria e exclusão já relatada dos usuários definem o significado da resolutividade desta prática presente nos serviços substitutivos de saúde mental.

[Os usuários do CAPS] quando entram aqui eles merendam e os que fazem o grupo, almoçam e merenda de novo. Para muitos é necessário mesmo. (...) a alimentação porque por ai nem água eles têm (**Grupo I**).

Teles (1992) enfatiza que ao se retirar a possibilidade de o paciente prover-se do sustento adequado, dificuldades de ordem material são geradas e podem levá-lo ao adoecimento psíquico.

Consoante Breda; Augusto, (2001), a necessidade da inserção no mercado de trabalho é freqüentemente expressa pelos pacientes com transtornos mentais. O desemprego, expresso pelos entrevistados no seu estudo, acaba por privar os usuários desta inserção, e isso, em seu entendimento, constitui-se um verdadeiro descuido social.

A divergência dos discursos expostos surge na integração do CAPS com o PSF, na medida em que, em um dado momento, a realização da visita pela equipe de

saúde mental presenciou a falta de assistência de um usuário e ainda se refere à falta de resolutividade nos casos demandados para a atenção básica.

A fragmentação impossibilita a composição de uma linha cuidadora para com o usuário que necessita de atenção e apoio da rede assistencial em saúde mental e saúde da família.

O que seria desse paciente? eu não sei. Se o CAPS não tivesse ido? Porque nós estávamos achando que eles estavam fazendo [o PSF] (...) e nem as nossas visitas estão dando jeito porque eles estão voltando pro CAPS (**Grupo I**).

Uma outra convergência dos discursos refere-se à atuação resolutiva do CAPS para com a demanda. A constante e dinâmica organização processual do atendimento e triagem na recepção da unidade aliada à habilidade clínica da equipe proporciona uma melhor atitude frente ao que o usuário do CAPS necessita e precisa no momento de ser atendido.

[O paciente] vem com encaminhamento ou do posto de saúde ou hospital psiquiátrico, a gente agendava, não estamos mais agendando. Está sendo uma demanda mesmo espontânea. (...) eu sei que eu consigo assim detectar o que é e o que não é. A gente encaminha o caso (...) outra colega já não faz isso ela me pede, ela não tem coragem de fazer isso e eu faço com segurança (...) pela experiência mesmo (**Grupo II**).

Dos entraves existentes para o acesso do usuário ao campo da saúde mental, destaca-se a pequena demanda circunscrita no espaço das unidades básicas de saúde. Ainda se sobrepõe o papel centralizador do hospital psiquiátrico, o que dificulta a inserção dessas unidades básicas nesse campo de atenção e atuação. É necessária, para o alcance da resolutividade dessa demanda específica, que se conheça a qualidade do atendimento oferecido, as práticas de saúde envolvidas e suas estratégias para suprimento de necessidades e de resposta a essa própria demanda (DIMENSTEIN et al, 2005).

O preconceito da sociedade em relação ao sujeito com transtorno psíquico tenta diminuir o espectro resolutivo da ação de saúde mental efetivada para com o cuidado integral. Os espaços de reabilitação psicossocial, como no caso do CAPS, favorecem e promovem o convívio humano saudável e diversificado, diminuindo e tentando fortalecer a cidadania e ética no processo de vida de cada usuário.

(...) muita gente me diz que quando sai daqui na porta desmorona tudo. Parece que aqui fica tudo bem, aqui não existe preconceito (**Grupo II, ent. 10**).

Expropriado de seus direitos, de sua família e do convívio em sociedade, o paciente tem na cidade o espaço da reconstrução de sua habilitação social, na

reintegração em que a sua subjetividade se interponha nos entremeios da cidade. A exclusão, nesse sentido, impossibilita a validação social do sujeito (AMARANTE, 1996).

Por entre reflexos e refrações da linha do cuidado empreendido pela prática clínica junto ao sujeito, perante suas necessidades e demanda, engendramos o olhar prismático na tentativa de ter a própria clínica como dispositivo para a integralidade.

Em uma síntese das atividades desempenhadas, dos procedimentos implantados e executados, dos saberes interpostos e balizadas na práxis, a clínica configura-se no espaço do cuidado, conduzindo homogeneamente os elementos que integralizam ou não o cuidado em saúde mental.

A abordagem terapêutica grupal absorve o campo da contemplação contextual no cenário onde acontece, faz, amplia, incide a clínica perante o objeto – sujeito e subjetividade – na tentativa oportuna de se buscar um patamar de saúde adequado à vida humana. No entanto, não é a atividade grupal que faz a diferença, mas a clínica que se pratica no cotidiano do CAPS.

Mesmo assim, configurada como estratégia de atuação e intervenção na arena de disputas, de riscos, de vulnerabilidades, de demandas e necessidades, a clínica ampliada inerente às condutas grupais adotadas nos CAPS refratam na condição imposta pelos sujeitos requerentes do cuidado, quando esses, conformam a predição da busca por procedimentos diretivos, objetivos e, por vezes, duros.

A relação causa-efeito tomada pela in(consciência) do existir humano para empreender suas requisições no ato de saúde acaba por delimitar a integralidade do cuidado. A refratária condição diminui a ampliação da escuta e do diálogo, pois interpõe a prescrição, a normatização e o diagnóstico desencadeador da medicalização e da busca objetiva pela cura em si.

A produção do cuidado sob o eixo da integralidade permeia elementos casuísticos e dinâmicos da relação hermenêutica na eminente necessidade apresentada nos encontros dissonantes ou não do campo da saúde mental: acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomia.

O acolhimento produz sombras ao ser concebido como procedimento em si na organização do serviço. Por outro lado, transpassa a clínica como fundamental condutor da linha integral do cuidado, já que, por entre todos os passos e atitudes da

equipe do CAPS, percebe-se e se expressa a condição pré-mente de receber, parcializar e compartilhar as demandas e necessidades, de forma a vincular-se com o outro de forma direta e consensual.

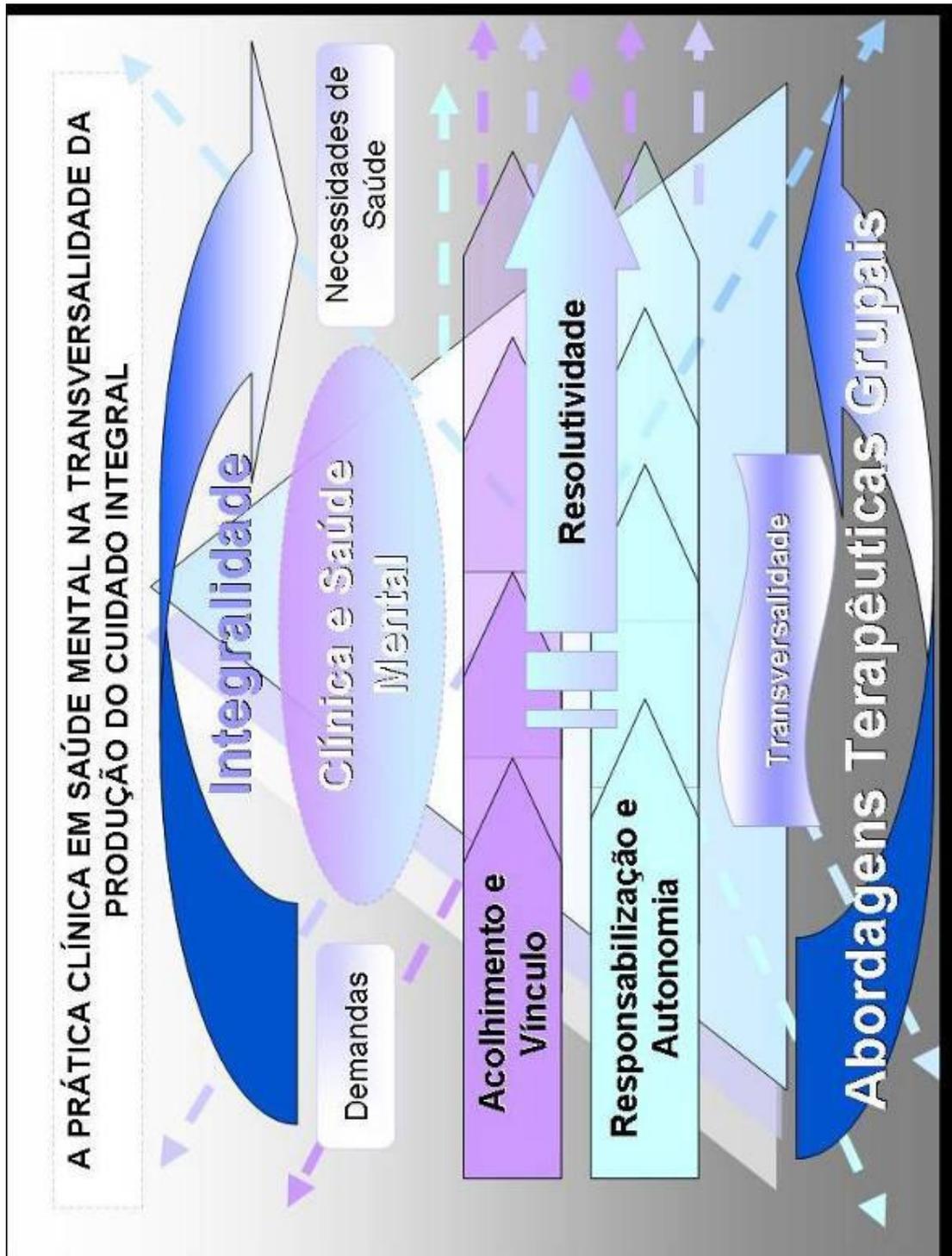
A responsabilização para com o plano terapêutico compartilhado entre os sujeitos é atravessada por linhas refratárias incidentes que se configuram na dificuldade expressa pelos trabalhadores na parceria para com outros setores e serviços, e, algumas vezes, pelo próprio paciente e família. A autonomia dos usuários do CAPS integraliza o cuidado durante a realização das atividades diárias, porém, o ofuscamento se dá na própria conjuntura brasileira, em que, a exclusão social não é exclusividade somente de quem tem transtorno mental, mas sim, de um grande contingente populacional.

A resolutividade do cuidado na integralidade da atenção à saúde, toma a necessidade de saúde do sujeito com limiar de alcance utópico ou objetivo, do agir em saúde. O espectro brilhante alcança de forma gradual a linha de interferência das demandas, porém o nível das necessidades de saúde é perpassado transversalmente pelos momentos incidentes do contexto do CAPS.

O confronto de interesses caracterizado pela busca de ações diretivas sobre a parcialização nas abordagens grupais e sócio-cooperativas, assim como as dificuldades inerentes ao ambiente e relações de sistema, gestão e contratualizações intersetoriais, direciona as intervenções para o ápice da demanda.

O transpassar invertido pelo prisma, mesmo assim, sintetiza um cuidado persistente, permanente e integral que toma a prática clínica como dispositivo para configurar a abordagem terapêutica na constituição do agir em saúde e na formulação de um modelo de atenção voltado para a subjetividade humana e a reabilitação psicossocial.

Figura 8 – Diagrama Empírico – Prática Clínica em Saúde Mental e a Transversalidade.



CATEGORIA II – A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE E SUA INTERFACE COM AS TECNOLOGIAS DAS RELAÇÕES NO CUIDADO CLÍNICO EM SAÚDE MENTAL

As práticas do campo da saúde ainda perpetuam-se sob a égide do meio de produção capitalista, em tempos de uma cultura vicejada como globalizada, midiática, pragmática, ventilada pelos automatismos e respostas formatadas do utilitarismo em favor da educação, da ciência, da criação de tecnologias, da exacerbação do ter e das preterições do ser e de seu escamoteamento.

A subjetividade no trabalho subentende-se como uma prática ou, ainda antes, como um discurso de imposições e sobreposições de normas, rotinas, distribuições e estruturas que engendram uma perspectiva desconjuntada, fragmentada e fragmentadora da realidade.

A realidade, que num processo dialético, de vir a ser sendo, pressupõe-se imaginada. Talvez como trechos de um percurso cujos atalhos estão repletos de perigos, armadilhas e náuseas para assim ir além de um discurso existencialista pós-moderno.

Partindo do mundo psi à saúde do trabalhador, do mundo social e antropológico, o homo faber, do universo histórico e dialético, o homem como produtor-produto de um modo de produção que não lhe abarca, nem lhe restringe, mas que lhe outorga o parecer de ser em construção mas ainda em derrisão, mal-entendido, mal-interpretado.

Erige-se dessa forma, uma lógica do trabalho, mas de um trabalho sem lógica, rarefeito, autômato, sem estética, ainda que marcante e decisivo na construção do ethos dos sujeitos nas suas formações e conformações, em suas lutas, em suas verdades, num jogo de saber-poder, mesmo sem ter um norteamento. Afinal, o que é trabalhar, sob essa perspectiva, em saúde? O que é o trabalho em saúde?

Codo, Sampaio, Hitomi (1993, p. 63) consolam que a “vida dos homens sem dúvida não se reduz ao trabalho, mas também não pode ser compreendida na sua ausência”. Assim, nesse espaço dialógico e estético da existência do humano e de sua humanidade, o homem se engendra, transformando a si e ao mundo na prática distintiva de sua sociabilidade, a do concreto e do material, enfim, a do trabalho.

Ora, ainda é imprescindível ousar inquirindo: o que a vem a ser trabalho? Além das alegorias e agruras do tripalium em sua acepção medieval, onde se insere?

Além do salto qualitativo e interpretativo da dialética marxista no entender o homem em sua práxis laboral, econômica, histórica, em que perpassam *modus operandi* diversos e vingam processos de vir a ser das individualidades e dos encontros? Onde tange a mão do homem no trabalho, o que excede em seu fazer? O seu pensar, o seu ver, o seu sentir, o ser tornar-se. Nele transcende a sua construção, cujas malhas reforçam a sua compreensão, remetem seu pensamento de ser que nunca é, mas que sempre será e virá a ser.

Cabe, então, para se delinear uma cartografia conceitual por seu elaborar dialético, que aborde o significado ou os significados do trabalho em saúde. Uma prática de um discurso? Um atendimento? Um serviço? Uma intervenção? Uma prática sociocultural? Um discurso? Uma verdade? Um jogo político de saberes, de poderes com base na microfísica de Foucault? Trabalho imaterial, no dizer de Marx? Para definirmos uma zona de tangência ou um fulcro norteador, acercamo-nos do entender marxista que diz que é algo que não produz valor, que se faz essencialmente no pressuposto da ação, na vigência da atividade, não na produção ou na especulação fetichista.

Seu próprio fazer dispensa uma teleologia valorativa pelo mercado ou pela mais-valia ou pelo lucro; o seu fazer e compreender são abarcados pela consideração de uma utilidade social de uma práxis de sujeitos para sujeitos, em suma, pela dimensão intersticial das subjetividades.

No que toca à subjetividade humana e à compreensão do indivíduo, Codo, Sampaio, Hitomi (1993), sempre baseados em Marx, parafraseiam que a história do indivíduo é a história do trabalho, ou seja, a história contemporânea do homem se expressa na sociabilidade do indivíduo mediada pelas relações de produção.

Mas pelo trabalho o homem se reproduz: desenvolve as suas habilidades, a imaginação; aprende a conhecer suas próprias forças e limitações; altera a visão que tem do mundo e de si mesmo; produz cultura. O trabalho é o caminho que possibilita a compreensão do homem, a sua objetivação como processo natural na transformação da natureza. Assim expressa Marx (1988, p.142):

Antes de tudo, o trabalho é um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a Natureza. Ele mesmo se defronta com a matéria natural como uma força natural. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes à sua corporalidade, braços, pernas, cabeça e mão, a fim de sua própria vida. Ao atuar, por meio desse

movimento sobre a Natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza.

Nesse aspecto, Marx evidencia a relevância que o trabalho tem no processo de constituição do homem, na sua relação com a sua natureza, com os outros homens e consigo mesmo. No trabalho, o homem se reconhece e se constitui como tal, como ser social, consciente, criativo e reflexivo; diferente do animal que é instinto, atividade.

Ainda a esse respeito, pode-se pensar que quando o homem trabalha amplia significativamente as possibilidades da linguagem, o que, por decorrência, significa dizer que o trabalho, além de modificar materialmente o mundo, modifica-o simbolicamente na consciência dos homens. O trabalho é, portanto, categoria importante para analisar a subjetividade.

O trabalho em saúde pré-existe em sua prática e teoria discursiva, entretanto, move-se em sua execução e existência a partir de seu modelo assistencial, em sua divisão de trabalho multidisciplinar, a partir de uma demanda, seja individual ou comunitária.

Poder-se-ia ousar dizer que o trabalho em saúde apenas se dá no âmbito do cuidado, da atenção efetivada na práxis do diálogo, na interlocução dos discursos, na interseção da elaboração de saberes e verdades. Para além de um serviço, de uma domesticação de uma aparelhagem ou de um pensamento positivista, o trabalho em saúde se insere, sobremaneira, no exercício, na estética do cuidado, na estruturação ética do que cuida e do que é cuidado.

O cuidado prescinde de teoremas pré-definidos ou de teleologias, ou distinções meramente organizacionais, ou divisões de tarefas e conteúdos de classes trabalhistas ou trabalhadoras no palco de suas atribuições e certezas.

O cuidado enseja posições, entrecruzamento, ideário, saber, valor, produção de verdade, dispersão de discurso, encontro, alteridade, indo além da apologia intervencionista, do olhar clínico ditador e detentor de uma verdade, figura superior a um momento que não se dá em hierarquia, mas que se estabelece ontologicamente em reconfigurações de mundos que se reconstroem e se reformam a cada nova possibilidade que se abre para cuidar, para ver e para tanger a realidade.

Cuidar não é preenchimento de formulários, nem acerto de dados, nem uma avaliação que se dá entre bem e mal, entre acerto e fracasso, mas uma proposta de atenção que vislumbre as individualidades e as dimensões éticas, culturais, históricas

dessa proposta. Cuidar sugere avaliar o que se faz, não pré-avaliar o que se vai fazer, revalidar o que se fez, não validar o que não se fez, escolher múltiplas opções e compartilhar visões, não impor limites nem posições, tampouco dirimir chances e achados. É nessa instância que se pode entender o arcabouço ou a possibilidade de um no que se refere a entender cuidado – aqui remetido o trabalho em saúde – como prática de existência desenvolvida no devir de sujeitos.

O trabalho imaterial em Marx é definido em contraposição ao trabalho produtivo. Trabalhos que não formam valor, mas que fazem o valor se movimentar com mais rapidez, que dão maior dinâmica ao processo de valorização. São atividades vinculadas, em sua maioria, aos serviços e dentro desses à utilização da capacidade intelectual do coletivo de trabalhadores.

Trata-se de um conceito figurativo, metafórico que Marx usou em determinados momentos de sua análise do capitalismo para ilustrar relações mercadológicas de transição (entre a produção e a circulação) que não compreenderiam particularmente o “espírito do capitalismo”, mas que, nem por isso, deixariam de ser controladas pelas relações sociais fundamentais que as orientam na direção da extração de mais-valia.

Pode ser surpreendente para alguns, mas Marx tratou do conceito "serviço" com uma certa precisão, pois ele, sem dúvida, é uma fonte de dificuldades e enigmas na produção capitalista. Mesmo se esta é, como se sabe, produção de mercadoria, sobretudo, para esclarecê-los é preciso começar pela produção enquanto produção em geral, de modo abstrato. Para o filósofo, serviço não é uma expressão para o valor de uso particular do trabalho, na medida em que este valor não é útil como coisa, mas como atividade (MARX, 1988).

Habermas (1994) introduz a decomposição do conceito de trabalho em dois componentes, os quais, ainda que interdependentes na prática, são analiticamente distintos e mutuamente irreduzíveis: o trabalho como ação racional dirigida a fins, e à interação. O autor assinala a existência de relação recíproca entre trabalho e interação, não sendo possível a redução da interação ao trabalho ou a derivação do trabalho a partir da interação. O trabalho consiste na ação racional teleológica, abarcando a ação instrumental e a ação estratégica: a primeira, orientada por regras técnicas e a segunda, por máximas e valores que buscam exercer influência sobre a definição da situação ou

sobre a decisão do outro. Como ação instrumental e/ou estratégica, o trabalho busca o êxito na obtenção de determinado resultado.

Como deslindam o lugar-comum sociológico: homem é um ser social, Codo, Sampaio, Hitori (1993), reconfiguram a tessitura deste axioma, por assim dizer social-ideológico, pautados em suas leituras da obra de Marx, que o indivíduo é que é um ser social, aqui entendido como parte de uma totalidade, que é o homem, logo, depreendem que o homem não surge como ser social, mas um ser que constrói sua individualidade em sociedade, e é apenas com o advento do capitalismo que o indivíduo vem a ser pensado.

Além dos determinantes sociais, a complexidade do trabalho na clínica apresenta regularidades possíveis de serem identificadas e descritas em manuais, cadeias de cuidado ou protocolos, mas também se caracteriza pela extrema variedade dos casos quando encarnados em sujeitos concretos (CAMPOS, AMARAL, 2007).

Assim, torna-se inevitável a construção de uma metodologia organizacional que combine a padronização de condutas diagnósticas e terapêuticas com a necessidade e a possibilidade de adaptação dessas regras gerais às inevitáveis variações presentes em cada caso (CAMPOS, AMARAL, 2007).

Desse modo, o cuidado enquanto ato de saúde e comprometido com um jogo social implicado com certas formas de se produzir as necessidades de saúde, enquanto valor de uso será sempre e ao mesmo tempo tarefa tecnológica (MERHY, 2006).

Nessa produção tecnológica, a lógica instrumental dos usuários dos serviços de saúde admite distintas maneiras de se vincular ao processo produtivo na percepção de que é no interior deste processo de trabalho em saúde que se constitui um modo operatório de intervenção contextual (MERHY, 2006).

Nesse contexto, opera-se um modo operatório do tipo “tecnologia leve”, a tecnologia das relações inter-trabalhos vivos em ato, que acaba por ser fundante da qualidade e do custo final da intervenção em saúde, pois nele está posto o processo de captura do trabalho vivo por alguns modelos technoassistenciais (MERHY, 2006).

Trabalho em saúde mental: compromissos e desafios

O processo de trabalho em saúde mental se consolida a partir do próprio processo de transformação do setor de saúde brasileiro. Os desdobramentos, conseqüentes do paradigma assistencial em saúde mental, se apresentam na necessidade de compreensão do processo saúde-doença mental, incorporando o social e também na própria crise política e financeira que interpõe as peculiaridades da demanda e do trabalho.

As relações ocorridas no processo de trabalho das equipes de saúde partem da concepção de que a tecnologia é um conjunto de saberes e instrumentos que se expressa nos processos de produção dos serviços. A rede de relações sociais entre agentes e práticas se faz conformar em uma totalidade social, que é constituída não apenas pelo saber, mas também pelos seus desdobramentos materiais e não-materiais (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Os contextos em que ocorrem as práticas de saúde mental se definem dentro do processo de produção do cuidado. Os atores se apresentam em uma arena diversificada em que o espaço do CAPS é, por vezes, ampliado para lugares e situações externas ao campo específico da saúde.

A condição de execução efetiva das ações de saúde mental e sua promoção na comunidade fortalecem a necessidade contínua de se construir um emaranhado de relações e atitudes na direção do cuidado integral.

As tentativas de organização de uma práxis voltada para a atenção psicossocial incorporam elementos intersetoriais e emanam de um compromisso da equipe de saúde mental para com o objeto de evidência da prática: a subjetividade humana e o equilíbrio psicossocial.

Os discursos emitem a responsabilidade de cada trabalhador de saúde em relação às atividades desenvolvidas no CAPS. A própria condição subjetiva de quem cuida exige uma interface de equilíbrio e manutenção da saúde para que aqueles que precisem reorganizar seus passos e descompassos da vida cotidiana encontrem subsídios para tal.

(...) os profissionais daqui são muito comprometidos. [Tem cuidado] em todos os níveis. (...) tem a assistente social, tem a terapeuta ocupacional, tem a psicóloga, então, tem toda uma equipe voltada para esse cuidado e para diversos segmentos **(Grupo II)**.

(...) já imaginou? você trabalhar na saúde mental e ser agitada? não pode. A gente tenta sempre segurar (...) é como se fosse um dragão ali que se a gente não segura ele engole a gente e fica no calço (...) eu me sinto assim (**Grupo II**).

No espaço do trabalho, as equipes de saúde mental devem ter a perspectiva de que os serviços de saúde se comprometem política e eticamente com o cuidado em saúde mental. A atenção à saúde deve ser integral e contínua para possibilitar o ato vivo e inerente ao cotidiano, à subjetividade e o suprimento das necessidades e demandas da clientela do SUS (FAVORETO, 2008).

A vivência da equipe de trabalhadores do CAPS em seu cotidiano faz emergir situações relacionadas com o processo sócio-histórico, da forma como se mantém a assistência em saúde mental no âmbito do SUS.

A reforma psiquiátrica se transversaliza-se nas ações e intervenções do agir e propõe a re-significação destas a partir da consciência crítica dos sujeitos envolvidos.

As relações entre os trabalhadores, muitas vezes, são compartilhadas pelo sentimento de re-construção deste construto de atuação que se apresenta na demanda como transtorno, patologia, doença e em outra perspectiva, induz a promoção da saúde por meio das evocações subjetivas e da acomodação de novas formas de se enfrentar com o mundo pelos sujeitos no caminho da saúde mental.

A troca de sentimentos é emitida por sentidos comuns e muitas vezes de ordem técnica e operacional. A virtude do compromisso surge a partir dos olhares de cada trabalhador na percepção de seu compromisso para com a totalidade da ação a ser executada na linha de cuidado, prevalecendo, quase que sempre, a inclusão do usuário na vida comum e na ética cuidadora.

(...) Eu acho o relacionamento ótimo, na medida do possível. Também porque em todo canto existem uns que se empenham mais nessa questão da saúde mental, da reforma psiquiátrica, já [tem outros] que não tem tanta importância para isso. Mas eu acho que no geral, é bom e principalmente para os usuários. (**Grupo II**).

Na reunião (...) eu aproveito também (...) a gente fala de festa, fala de tudo de mais e mais coisas que eu tenha para falar. [O que] não [acontece mais é o estudo de caso em grupo] porque aconteceu de pegarem casos e jogar para a equipe, mas aí começaram a falar e tal, então, assim, sem ética não dá. (...) não tem mais tem estudo de caso (**Grupo II**).

O trabalhador de saúde que se compromete com o cuidado em saúde mental de forma integral vai ao encontro do outro com vistas a criar laços de confiança e vínculo para acompanhar a pessoa de quem está cuidando. E assim, realiza sua prática observando as singularidades, identificando recursos internos e sociais, e procurando de

forma compartilhada o sentido em sua situação e para o seu projeto de vida, a fim de promover sua saúde, qualidade de vida e autonomia (ZOBOLI, 2007).

A dedicação e o empenho da equipe do CAPS são complementados pela oferta de serviços que se disponibiliza ao usuário na entrada ao serviço de saúde mental. O projeto terapêutico se amplia na potencia da diversidade de elementos clínicos e subjetivos encontrados na prática de saúde mental.

É visto que o usuário do CAPS, ao chegar à unidade e ser avaliado na triagem (acolhimento) é logo direcionado para resolução de suas demandas. A equipe do CAPS mantém um cardápio de serviços que podem ser utilizados no projeto terapêutico individual. As adaptações subjetivas de cada caso vão se organizando na discussão entre os trabalhadores e usuários e também na condução terapêutica avaliada após cada medida proporcionada e executada. Os diversos segmentos da equipe multiprofissional apresentam disponibilidade adaptativa de acordo com seus limites técnico-assistenciais. (**Observação**).

(...) hoje existe uma troca maior entre a medicina e os profissionais (..) está jóia, está ótimo (**Grupo II**).

[Se] a coisa está severa, eu peço licença ao médico para ele ver o paciente, quando a gente vê que a coisa está realmente na necessidade (**Grupo I**).

Pelas circunstâncias históricas do poder empreendido na relação equipe de saúde – paciente, uma pertinente questão sempre estará presente nesta relação: o fechamento de casos clínicos. No campo da saúde mental, os profissionais que preferem manter a decisão diagnóstica unilateral de buscar a cura da doença na escolha da terapêutica configuram-se como pouco experientes em lidar com o sofrimento humano. Os casos atendidos na programação de saúde mental não fecham nunca e requisitam uma abordagem hermenêutica para escolha mútua do projeto terapêutico (LANCETTI, 2007; AYRES, 2001).

As tensões vividas no cotidiano da equipe do CAPS são inerentes às relações humanas e, principalmente, às peculiaridades do trabalho em saúde mental. As estratégias de superação e adaptação a esse tipo de situação são encontradas no próprio processo assistencial em que se faz necessário o compartilhar das dificuldades e o resgate conjunto das possibilidades para com o outro.

O desenvolvimento das habilidades em se trabalhar no campo “psi” se re-faz a cada dia e a cada momento vivido. Os caminhos a serem percorridos no cuidado para com quem sofre psiquicamente, muitas vezes não é tão retilíneo e delimitado, por isso é preciso certos momentos de retrocessos, reiniciativas e reconsiderações daquilo que já foi considerado, outrora, como certo e verdade.

(...) é claro que acontece algum desentendimento, mas é resolvido entre a equipe, às vezes a coordenadora entra e faz. Mas, graças a Deus, a gente tem um bom trabalho e a história da comunicação que é importante você falar a mesma língua. [Alguns] casos a gente pede ajuda um ao outro. A gente pergunta a médica, vê o que ela acha, com a psicóloga, se achar que só a terapia ocupacional não está dando conta daquela demanda, daquela pessoa, não é o que aquela pessoa está precisando, eu peço para psicologia atender. A gente trabalha o coletivo dessa forma (**Grupo II**).

[Se] um colega meu falhar, ele falhou, tenta consertar. Então a gente tem essa consciência que todo mundo aqui pensa assim e então isso é uma coisa muito forte um ao outro (**Grupo II**).

A integração da equipe de saúde mental, embora se encontre em situações de agrupamento, parece configurar o mais próximo do que denominamos equipe integração. A diferença técnica dos trabalhos especializados transmuta-se em desigualdade valorativa dos mesmos. O trabalho em equipe emerge como modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes. No bojo da relação entre trabalho e interação, os profissionais constroem consensos que configuram um projeto assistencial comum, em torno do qual se dá a integração da equipe de trabalho (PEDUZZI, 2001).

As situações de fragilidade e sentimento de limitação operacional para o cuidado, ao serem expressadas pelos trabalhadores que consideram a prática passível de contradições e complexidades afora o limiar da atitude humana individual são complementadas pelos discursos que seguem:

(...) com o terceiro farmacêutico agora a gente vai começar a trabalhar com os pacientes de início que fazem o uso de risperidom (...) vai ter tempo pra fazer um grupo que a gente vai se organizar ainda (**Grupo II**).

Fico sempre lá no meu setor até mesmo porque o tempo também não dar (..) o tempo é zero. Hoje aqui é dia de reunião então não temos movimentação na parte da manhã, é mais tranqüilo (**Grupo I**).

O condicionante tempo interpõe um limite para o processo produtivo, já que a potência da equipe de saúde mental passa por este fator importante na efetivação dos procedimentos e intervenções. No entanto, a segmentação das atividades influencia diretamente a utilização do tempo para a resolução dos problemas na unidade CAPS.

A demanda em excesso acaba por inflacionar o limiar de suporte físico e emocional dos trabalhadores de saúde, que necessitam parcializar suas atividades na direção efetiva da ação de saúde.

A divisão do trabalho em saúde mental comporta as dimensões profissionais específicas de cada núcleo de saber. E, assim, é favorecida no sentido de incorporar

saberes e práticas interdisciplinares que colaboram também com a minimização da tensão cronológica das ações.

O processo de trabalho que engessa a potência da equipe ao trabalhar com os coletivos é aquele que favorece leituras isoladas e, conseqüentemente, ações fragmentadas, extrínsecas ao contexto de produção dos processos de adoecimento e cura (MENDES, 2007).

A necessidade do trabalho em equipe e da interdisciplinaridade decorre do fato de que o sofrimento psíquico não é um fenômeno homogêneo e simples, mas complexo. Sendo assim, as formas de acesso do usuário devem ser as mais diversificadas possíveis, levadas a cabo por diferentes profissionais e seus diferentes olhares. A requisitada diversidade pode constituir práticas que ousem imaginar o ainda não imaginado e o ainda não experimentado. Enfim, pode desenvolver formas de cuidados que atendam à globalidade da pessoa em sofrimento psíquico (OLIVEIRA, 2002).

No processo de produção do cuidado é necessária a utilização de ferramentas e instrumentos que componham o fazer e o agir do ato de cuidar. Essa escolha é proporcionada pela forma como se intervém. As condutas mais diretivas e lineares que priorizam o adoecimento humano tendem à busca por tecnologias ligadas diretamente aos materiais (instrumentos, aparelhos, estruturas, dentre outros).

Na estruturação do modelo de atenção à saúde mental faz-se presente a constante presença das denominadas tecnologias leve-duras (clínica, epidemiologia, dentre outras) para que os agravos e morbidades do campo “psi” tenham suas delimitações diagnósticas definidas e as devidas medidas de controle e prevenção tomadas e executadas.

No entanto, no campo da saúde mental, a complexidade da subjetividade humana se expressa também no cotidiano da práxis do CAPS e favorece a necessidade de se observar a importância das tecnologias leves, ou seja, a tecnologia voltada para o contato humano, seja por meio da escuta, da fala ou da sensibilidade mútua entre os trabalhadores e usuários.

(...) me dou muito bem. A gente tem uma afetividade muita boa (...) sabe deixar de trabalhar no serviço de saúde desse CAPS, eu acho que nunca vou achar igual e nem os outros também (...) a gente consegue conversar o caso com o médico, com o paciente e tal, é muito bom mesmo (...) de respeito de troca e de crescimento. Estou apreendendo muito aqui (...) as relações (...) é impressionante (...) a gente

[psicólogos] (...) parece que o povo aqui [nos tem como] mãe. (...) vem me reclamar das relações deles, eu não vou intervir, eu vou intervir no que atrapalha o serviço (...) eu acho que tem problema de relação [mas] melhorou bastante. (**Grupo II**).

É bom, é muito bom. Eu pelo menos não tenho nada a falar não, é muito bom a gente se comunica muito. (...) Tenho uma boa relação com eles [equipe]. Eles são muito bons, eles trabalham muito bem, como profissionais adequados, mesmo (**Grupo I**).

O trabalho em saúde mental acarreta o acúmulo de tensões e conflitos no cotidiano do exercício de cada membro da equipe. Os efeitos ocasionados pelo trabalho com o sofrimento psíquico podem ser minimizados por meio da coletivização deste acometimento em grupo. Os espaços de troca e de pensamento proporcionam a resolução dos problemas relacionais da própria equipe (MARAZINA, 1989).

A relação de intersecção de um trabalho em ato com outro em ato (trabalhador-trabalhador) pode ser analisada com a ferramenta distinta do fluxograma, que é a chamada rede de petições e compromissos. Tal fluxograma permite a abertura da caixa-preta das relações micropolíticas institucionais reveladora dos tipos efetivos de contratos como compromissos estabelecidos, que os vários agentes institucionais em cena realizam entre si, em um processo silencioso, muitos dos quais obedecendo a um padrão do tipo “pacto da mediocridade”, no qual o usuário sai sempre como o grande prejudicado (MERHY, 2002).

Um mecanismo para proporcionar o compartilhamento das situações vividas e das angústias reprimidas pelo fator trabalho é a constituição de arenas de discussão, também denominadas de rodas de conversa, em que a equipe possa expressar sua subjetividade individual e coletiva para com a resolubilidade da atenção, gestão e assistência.

Quando tem às vezes reunião nós nos reunimos para saber como é que estão as coisas (...) Na reunião semanal da equipe só trabalha mais esses casos administrativo e relacionado aos usuários, mas não especificamente a um [usuário] (...) Olha, a gente tenta uma vez por semana resolver os nossos problemas (...) nós não temos problemas pessoais, nós temos problemas de trabalho, de ambiente, de agenda, as coisas que não funcionam (**Grupo I**).

O espaço da roda de conversa semanal acaba tendo uma cronologia quinzenal já que é realizada em dois períodos diferentes, ou seja, uma vez pela manhã e outra vez à tarde. A roda de conversa oferece oportunidade para se debater sobre as diretrizes da própria gestão para com o CAPS e também para formular reorganizações no atendimento, no acolhimento e no compromisso para com os usuários na busca da reabilitação psicossocial. Uma vez por mês, é realizada a “quinta do almoço” onde é feita a integração dos trabalhadores que trabalham nos dois turnos. As rodas apresentam um caráter deliberativo para a conseguinte resolução dos problemas e necessidades enfrentadas no cotidiano (**Grupo I**).

As reuniões de equipe e discussão de casos são instrumentos importantes para o processo de trabalho coletivo em saúde mental. A sua realização de forma sistemática coincide com a aceitação e importância a ela atribuída pelos profissionais envolvidos no processo (OLIVEIRA, ALESSI, 2005).

A experiência é uma característica do trabalhador que executa as ações por um período de tempo maior e que nesse intervalo incorpora as concepções e saberes deste lidar com o adoecer humano e também com a promoção da saúde mental.

No campo psicossocial, as complexidades são definidas pelas singularidades de cada usuário e, em níveis, apresenta uma maior dimensão nos espaços comunitários e, principalmente, no domicílio. No CAPS, apresentam-se expressões subjetivas relativizadas pela sociedade, pela equipe e pelo momento de estar ou não doente.

O saber técnico estrutura os principais corpos teóricos acerca dos assuntos diretamente ligados à psicologia humana. Ainda assim, algumas nuances se apresentam disformemente a cada dia e somente pelo processo de troca e interação entre a equipe do CAPS é que se possibilita a cartografia das intervenções co-responsabilizadas entre a própria equipe e os usuários.

(...) [eu] nunca tinha trabalhado na área de saúde, principalmente em saúde mental (**Grupo I**).

(...) [Os] pacientes quando usam a violência, grita e tal, eu noto que parte da equipe ainda fica meio sem saber como lidar (...) tem uma quinta que é 'do almoço' (...) é todo mundo, é da copa, é o profissional, é o pessoal do serviço geral, os médicos, todos os profissionais (...) tudo falando, levantando o tema e tudo, debatendo sobre o que faz e o que acha ser melhor para o usuário e equipe (**Grupo II**).

No trabalho em saúde mental é preciso arriscar-se em novos territórios para mobilizar novos recursos em direções inusitadas (GUATTARI, 1992). A redefinição do papel dos técnicos em saúde possibilita a abertura de perspectivas para que cada profissional possa diferenciar-se e inventar para si um modo mais autêntico de trabalhar.

A função terapêutica deve ser repensada e ampliada, a fim de abarcar a multiplicidade e a heterogeneidade de opções que a nossa subjetividade comporta. Para isso, faz-se necessário dispôr-se a acompanhar a aventura desses sujeitos na procura de uma existência mais livre e autônoma, criativa e flexível, aberta à negociação e ao conflito (GUATTARI, 1992).

A escolha para se trabalhar no CAPS se dá pela vontade própria da equipe e se expressa pelos discursos. A contratação de trabalhadores para atuação no CAPS

ocorre de forma direta pela gestão municipal, por meio da contratação precarizada e também pela inclusão de funcionários públicos já estabilizados do sistema. A realização de concursos públicos para a área da saúde mental constituiria uma forma de consolidação do vínculo dos trabalhadores ao serviço.

[O meu ingresso no CAPS] foi porque eu queria o CAPS. (...) eu tinha cinco opções (...) posto de saúde, CRASS, residência terapêutica e eu tinha o CAPS e ainda tinha os hospitais do município (**Grupo I**).

A inserção dos trabalhadores no SUS e, no caso, no CAPS observado, ocorre de forma variada. É possível encontrar trabalhadores com a relação de trabalho precarizada, no caso dos terceirizados e prestadores de serviços; e, também, outras formas de vinculação com o serviço, como, dos funcionários públicos. Não existe nenhum trabalhador bolsista ou com tempo delimitado pelo contrato de serviço (**Observação**).

Torna-se, pois, premente a operacionalização das propostas da política de desprecarização do trabalho em saúde para que ocorra a concretização de mudanças na gestão de recursos humanos no SUS (JORGE et al, 2007).

À medida que o trabalhador de saúde mental não é priorizado pelas ordenações públicas de organização do trabalho e de seus contratos, de forma a estabilizar o seu vínculo, a lógica de entrada e saída de alguns profissionais, no caso o médico ou psiquiatra, parece ser a de mercado, no qual o espaço que ofereça melhores condições de trabalho será priorizado na contratação.

A rotatividade apresentada pelos psiquiatras decorrentes da fragilidade de sua vinculação trabalhista é causa direta na fragmentação do cuidado empreendido nos CAPS, já que alguns procedimentos e intervenções são prejudicados pela ausência ou pela mudança subjetiva entre os sujeitos participantes do projeto terapêutico.

(...) o troca-troca de médico que fica um tempo e sai (...) aqueles pacientes estão rodando, estão vindo e estão voltando e [às vezes] o médico não está. Tem que remarcar para outro, então o tempo fica cada vez mais enlarguecido de uma consulta para outra e a medicação acaba (**Grupo I**).

A dificuldade na manutenção do profissional médico (psiquiatra) na equipe é observado no espaço do CAPS e percebido também nas relações de grupo de trabalhadores, quando, muitas vezes, é feito um compartilhamento de ações para favorecer um ambiente mais adaptável por esse profissional, no caso, a organização e agendamento de consultas, dentre outras. (**Observação**).

A rotatividade presente no cotidiano do CAPS pode estar relacionada com a existência de diversas formas de contratação no serviço público, contrariando os princípios normativos da administração pública, consagrados constitucionalmente, como o fato de a inserção no serviço público dar-se somente, por concurso público (JORGE et al, 2007).

As formas de inserção que vêm ocorrendo são a contratação direta ou por contrato temporário, terceirização, bolsas de trabalho, e outros modos. Tal fato remete à flexibilização das relações de trabalho, mas quais os trabalhadores não têm seus direitos trabalhistas respeitados e ficam desprovidos da proteção social. Além disso, há carência de uma política efetiva de educação permanente no trabalho (JORGE et al, 2007).

A formação em saúde mental converge para os discursos por ser considerada importante na condução dos casos no CAPS e também pela possibilidade de aprendizado mútuo sobre a subjetividade humana e à própria inclusão social.

O trabalhador do CAPS incorpora ao seu conjunto de saberes e técnicas formatados na Universidade e/ou na Escola novas perspectivas para sua prática profissional ligada às terapêuticas inseridas no contexto da atenção psicossocial. A forma de atuação renova-se a partir da aquisição de novas atitudes e do conviver humano e social.

[Eu estou] gostando muito de trabalhar essa historia da equipe indisciplinar, trabalhar com o médico, com o enfermeiro, com o terapeuta, todos os profissionais de saúde que tem aqui no CAPS. Era esse contato que eu sentia necessidade e que não tinha como fazer. Na farmácia, o farmacêutico fica muito isolado (...) porque nós trabalhamos muito isolados e aqui, não, aqui é uma constante troca (**Grupo II**).

(...) eu sinto o conhecimento técnico que os auxiliares de enfermagem adquirem quando se trabalha nos hospitais, ficam com mais experiência porque aqui a gente não vive pulsionando veia direto, fazendo endovenosa [por outro lado, a massoterapia] é super importante para o paciente receber (...) porque ajuda no tratamento (...) para os profissionais é muito importante o que eu estou fazendo também. (**Grupo I**).

O trabalho em saúde, em particular nos serviços de saúde mental, representa um desafio, em virtude de sua dimensão/complexidade, comportando diversas interfaces que vão da reestruturação dos serviços à qualidade da assistência prestada, passando pelas relações de trabalho e pela adoção de novos saberes, metodologias e tecnologias de trabalho (JORGE et al, 2007).

Os aspectos relacionados à organização dos serviços de saúde mental, em particular nos CAPS, configuram-se como serviços públicos da esfera municipal, incluindo-se a gestão da força de trabalho ainda em muitos locais onde persiste a precarização do trabalho.

O cuidado em saúde cartografado no sentido produtivo pode ser visualizado pela linha percorrida pelo usuário por entre as diversas instituições, serviços, intervenções, atuações e olhares por dentro do SUS. Pela dimensão complexa da subjetividade humana, é requisitada nos modelos de atenção psicossocial, a construção

de redes de cuidado que possam efetivar ações e atitudes por um emaranhado de relações, concepções e possibilidades para a vida.

(...) [a] questão da rede que na realidade agora que ela está estampada mas ainda não é uma coisa sistematizada ainda não (...) estamos referindo uma rede mas ainda não existe essa rede social com destaque para o social. [Na] unidade [CAPS], eu sinto como se a demanda fosse avassaladora. Você tem uma estrutura que não tem para onde correr (...) você tem que dar conta e tem que criar as estratégias para poder ir mantendo esse dragão para que ele não te engula a toda hora (**Grupo II**).

Observamos que a prática de encaminhamento e condução diretiva ainda predomina na integração do CAPS com outros dispositivos do SUS e do campo intersetorial. É visto que a integração com o PSF inicia-se mas ainda com resultados não passíveis de avaliação ou comentários. No entanto, a iniciativa é efetiva e precipita a deliberação, no futuro, da constituição de um cuidado em rede (**Observação**).

A perspectiva da intersetorialidade destaca-se na necessidade de contemplar a singularidade de cada território e a ação na lógica de rede. A operação da lógica de rede é mais do que reunir um conjunto de serviços.

A construção dos cuidados em rede não ocorre uma vez por todas. O ‘cuidado em rede’ indica uma lógica de funcionamento, ou seja, deve funcionar com responsabilidade compartilhada e não ser atravessada por ações paralelas e/ou sobrepostas. A rede de cuidados não é algo abstrato. Ela só será operatória se puder articular, a partir de cada nova situação, os serviços e as ações dos diversos campos de intervenção (POLETTI, 2008).

Os trabalhadores do CAPS apresentam a necessidade de supervisão das atividades realizadas na unidade pela imensa complexidade vivenciada no cotidiano do serviço. A definição de estratégias e a própria expressão de alternativas seguidas na condução dos casos acompanhados requisitam um olhar “externo” para dinamizar e ampliar a visualização do agir e fazer da equipe de saúde mental.

Eu [trabalhador de saúde mental] estou precisando de supervisão para intervir nisso [problemas] (...) estou esperando a [supervisora indicada] chegar. Vamos ver se o Ministério contempla a gente mas eu já ouvi dizer que o colegiado ia bancar o supervisor daqui, vamos ver se Deus quiser vai dar certo. Eu preciso conversar as coisas com o supervisor para que agente possa [resolver] (**Grupo II**).

A necessidade da supervisão no CAPS é observada nas situações em que se apresentam sujeitos em sofrimento psíquico com uma complexa dificuldade em interagir socialmente, seja pela condição sócio-econômica comprometida ou pela própria condição subjetiva alterada para com as normas e ditames do conviver humano na comunidade (**Observação**).

A existência da supervisão no CAPS está relacionada com a possibilidade de colaborar na elaboração de uma trama contínua e, ao mesmo tempo, desencadear múltiplos sentidos para as questões tratadas. A atividade de supervisionar deve

questionar a visão monocular, objetiva e totalizante, permitindo a emergência múltipla e fragmentada de diversos parâmetros do trabalho no CAPS (MASCARENHAS, 1989).

A gestão municipal tem o papel de dirimir as diretrizes da política de saúde mental e de saúde, para o cidadão ser atendido de forma coletiva e individual nas suas necessidades e demandas. A responsabilidade para com o cuidado do ponto de vista gerencial se faz presente no expressar do trabalhador de saúde, como se descreve a seguir:

[O] secretário de saúde (...) não quer que o paciente fique na fila de espera (**Grupo II**).

Existe um compromisso de toda a equipe do CAPS em manter um contato com os usuários que ali chegam para que por meio da escuta ativa possa ser dado algum encaminhamento, terapêutico ou não, para aquele que ali chegou. É presenciado este tipo de atitude por parte da equipe em vários momentos, muitas vezes, até em horários limítrofes de entrada e/ou saída da equipe, ou seja, nos próprios finais de expediente da unidade (**Observação**).

O SUS pressupõe uma configuração em rede, um sistema em que todos devem ter uma relativa autonomia. Neste sentido, cabe aos gestores públicos assegurar a articulação entre os vários níveis de governo e diferentes segmentos sociais e ainda valer-se de seu poder para agenciar e apoiar mudanças de interesse sanitário e que consolidem o SUS (CAMPOS, 2003).

As mudanças devem acontecer na co-gestão, ou seja, acolhendo demandas de usuários, trabalhadores de saúde, intelectuais, especialistas, prestadores, municípios, estados, bem como oferecendo-lhes diretrizes; e submetendo-as (demandas e ofertas) a processos de discussão, negociação e pactuação, construindo-se assim projetos de mudança de modo mais imperativo possível (CAMPOS, 2003).

O trabalho como “prazer e paixão”

O prazer dos trabalhadores em atuar no CAPS apresenta-se conforme o significado de gozo que se percebe no cotidiano das suas atividades para com os usuários e seus determinantes sócio-econômicos, o que permite a afetividade dispensada durante os atos de cuidado empreendidos pela equipe:

E estou aqui [no CAPS] até hoje e gosto demais, muito mesmo, eu me identifico muito bem com o CAPS (**Grupo I**).

Para mim é muito prazeroso porque eu gosto muito, eu me identifico muito, eu sempre tive vontade de trabalhar com o público carente (...) as pessoas [trabalhadores] estão aqui porque gostam (...) são felizes com o que fazem (...) aqui existe amorosidade e existe o retorno do paciente também (**Grupo II**).

A satisfação no trabalho resulta da avaliação que o trabalhador faz do seu cotidiano laboral em relação a sua própria subjetividade e valores pessoais na qual não ocorra a indistinção entre prazer e satisfação no trabalho (MARTINEZ; PARAGUAY, 2003).

A relação entre os trabalhadores de saúde mental e os usuários expande-se acima dos limites de delimitações operacionais e técnicas. O sentimento de gratidão permeia a realização da efetiva assistência no CAPS e é expresso pelos usuários em momentos de avaliação para com eles mesmos, assim como para com os órgãos gestores.

(...) é tão bom você ajudar (...) está recebendo o sorriso de volta, muito bom, muito prazeroso (...) Eu acho que é pelo feedback mesmo é o que eles trazem (...) a gente sempre escuta muito (**Grupo II**).

[Certa vez] o secretario de saúde [foi] falar que se vocês [usuários] não estão tendo atendimento é culpa dos funcionários e a comunidade [na hora] pega e diz que eles [equipe] estão sempre aqui para nos ouvir, você [secretário] não. (...) porque a gente [comunidade] tem que acreditar na equipe. A gente tomou um susto nessa época (...) isso é uma construção (**Grupo II**).

Os múltiplos significados da gratidão ao atendimento recebido se expressam pelas múltiplas carências deste segmento social que, ressalvadas algumas particularidades, na essência não diferem daquelas apresentadas por uma parcela significativa da nossa população: excluída, sem fonte de renda para atender as necessidades mais básicas, dependentes de programas de assistência social, raramente sendo assistida, calada por ausência de ouvinte. Porém, neste processo, percebe-se a dádiva que é escutar as vozes dos que antes não estavam na mesma frequência (RODRIGUES; BROGNOLI; SPRICIGO, 2006).

A discussão complementa-se pela expressão disponibilizada pelos trabalhadores do CAPS, em que colocam que a opção de trabalhar no CAPS está relacionada também com a forma de entender o cuidar humano e, assim, satisfazer-se pelo trabalho realizado.

(...) eu tenho três anos de CAPS (...) eu não gosto de hospital, não sou de hospital (...). Eu realmente sou apaixonada pelo o que eu faço (**Grupo II**).

O ambiente de trabalho observado no CAPS apresenta um contexto operativo permeado por contatos, comunicações e olhares compreensíveis. A acolhida no momento de pesquisa remete-se também aos períodos de assistência e atendimento dos usuários, assim como, entre a própria equipe. A disponibilidade técnico-assistencial propicia o surgimento de vinculações e sentimento de pertença em todos os que ali convivem (**Observação**).

Dessa forma, ao exercer a prática clínica, os profissionais de saúde não necessariamente são motivados apenas por interesses financeiros ou de carreira, mas também pelo desejo de realizar-se profissionalmente e de serem aceitos como legítimos pela comunidade (CAMPOS; AMARAL, 2007).

A equipe de trabalhadores de saúde mental tende, de modo complementar, a assumir algum padrão de co-responsabilidade com a eficácia e eficiência do seu trabalho. Essa é a base observacional sobre a qual se assentam as propostas de clínica ampliada e de co-gestão (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Assim, é reconhecido o sentimento de co-autoria das melhorias produzidas e o sentido de obra é um poderoso instrumento para vincular o profissional a uma dada organização e um dado projeto. Os sujeitos que compõem uma equipe podem ser apoiados para identificar e para construir objetos de intervenção, isto é, depositar afetos positivos em aspecto do trabalho clínico que se conectem ao seu próprio interesse e desejo, o que amplia a capacidade de contrato ou de assumir compromissos por parte das equipes (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Integralidade da Atenção Psicossocial: caminhos e matriciamento

A integralidade da atenção à saúde mental se define também no campo da organização das práticas, e o matriciamento das ações junto às equipes do PSF conforma-se como uma realidade dos sistemas locais de saúde que priorizam o território como espaço vivo para relações e interações do agir em saúde.

Na perspectiva da organização do serviço de saúde, a demanda excessiva constitui um elemento importante a ser considerado na tomada de decisões nos núcleos gestores e executores do SUS. No caso do CAPS, a forma encontrada para redimensionar a trajetória crescente de encaminhamentos e referências está sendo o redimensionamento da atenção, incluindo, a rede de atenção básica como espaço produtor e promotor de saúde mental.

(...) o matriciamento é enxugando o que está encharcado. (...) a esponjinha nossa está bem encharcada, então a gente tem que fazer esse enxugamento com esse matriciamento que é a conscientização dos postos de saúde que eles podem fazer esse atendimento. (...) é o treinamento que é feito a ele [PSF] (...) o matriciamento tem seus motivos e fazendo o matriciamento é que eles terão segurança de atender aqueles pacientes, os médicos terem segurança. **(Grupo I)**.

[Chega paciente no CAPS] pelo médico do trabalho que manda (...) de plano particular (...) sabe que aqui atende pelo SUS e então o encaminhamento para eles é tudo. Vem porque uma pessoa indicou, vem porque trata da pessoa que é da família. E convive com essa pessoa que também não agüenta e vai par o posto e então o

posto encaminha para cá, mesmo que seja pra tomar um leve Diazepan (...) já tem matriciamento há muito tempo, (...) eu não faço parte do matriciamento, não sei detalhes, mas a gente está tendo bons resultados com o matriciamento (**Grupo I**).

A questão da parceria entre o CAPS e o PSF no atendimento às demandas do campo psicossocial no território não quer dizer apenas a realização de treinamentos ou capacitações pontuais para procedimentos simples de psiquiatria. Pelo contrário, há uma construção recíproca e responsável de uma teoria, de uma prática e de uma ética mediante o estabelecimento de um eixo epistemológico comum e de um acordo político (SAMPAIO; BARROSO, 2001).

O desenvolvimento da estratégia Saúde da Família (ESF) nos últimos anos e dos novos serviços substitutivos em saúde mental – especialmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – marcam um progresso indiscutível da política do SUS. Esse avanço na resolução dos problemas de saúde da população por meio da vinculação com equipes, e do aumento de resolutividade propiciado pelos serviços substitutivos em crescente expansão não significa, contudo, que tenhamos chegado a uma situação ideal, do ponto de vista da melhoria da atenção (BRASIL, 2003).

Apesar de estratégico, o CAPS não é o único tipo de serviço de atenção em saúde mental. Aliás, a atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados. Estão incluídos nesta rede: a atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatorios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros (BRASIL, 2003).

O apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da atenção básica responsáveis pelas famílias de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos. (BRASIL, 2003).

A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local. Assim, ao longo do tempo e gradativamente, também estimula a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica na equipe. A ampliação da clínica significa o resgate e a valorização de outras dimensões, que não somente a biológica e a

dos sintomas, na análise singular de cada caso. Assim, riscos como os sociais e outros se incorporam à avaliação clínica. (BRASIL, 2003).

As ações de matriciamento do CAPS na rede básica (PSF) acontecem na direção de proporcionar a melhor adequação da demanda em saúde mental nos espaços onde a complexidade é compreendida de forma mais intensa, ou seja, no domicílio e na comunidade, assim como torna-se também uma iniciativa de formação ao lidar com a troca de saberes e práticas no SUS.

(...)a equipe de saúde mental que está indo aos postos de saúde (...) a regional [tal] já tem 100% de matriciamento (...) aqui é o enfermeiro, é o psiquiatra o assistente social e outro pessoal da equipe (...)no caso do posto de saúde, existe lá uma lista da psiquiatria ou então da psicologia, então, essa equipe agenda uma vez no mês e a gente vai lá atender os pacientes e vai ver se esse paciente é para cá, vai ver se esse paciente é para o CAPS. Aqui na Regional são dezesseis [unidades de saúde] mas só oito é contemplado para o matriciamento que acontece todas as quintas feira (...) tem uma equipe daqui que vai para o posto de saúde (**Grupo II**).

(...) o matriciamento é assim, a gente pega os postos de saúde e uma equipe do CAPS porque junta os três CAPS da regional, o CAPS infantil, CAPS geral, CAPS AD (...) de cada caps, vai alguns profissionais para o matriciamento (...)vão fazer o trabalho lá dentro [da comunidade]. Primeiro a gente ver os casos dos CAPS que não estão mais com transtorno grave, mas com transtornos leves e que não estão mais fazendo atividade aqui no CAPS mas que precisam de uma medicação (...) e outros que já estão bem mas que precisam continuar tomando medicação por algum tempo (**Grupo II**).

As equipes de saúde mental de apoio à atenção básica incorporam ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação.

Nesse sentido, as seguintes ações devem ser compartilhadas: a) desenvolver ações conjuntas, priorizando: casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio, vítimas de violência doméstica intradomiciliar; b) discutir casos identificados pelas equipes da atenção básica que necessitem de uma ampliação da clínica em relação às questões subjetivas; c) criar estratégias comuns para abordagem de problemas vinculados à violência, abuso de álcool e outras drogas, estratégias de redução de danos. nos grupos de risco e nas populações em geral; d) evitar práticas que levem à psiquiatrização e medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana; e) fomentar ações que visem a difusão de uma cultura de assistência não manicomial, diminuindo o preconceito e a segregação com a loucura; f) desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade,

destacando a relevância da articulação intersetorial; 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; h) adotar a estratégia de redução de danos nos grupos de maior vulnerabilidade, no manejo das situações envolvendo consumo de álcool e outras drogas; e i) trabalhar o vínculo com as famílias, tomando-a como parceira no tratamento e buscar constituir redes de apoio e integração (BRASIL, 2003).

A integração das equipes de saúde mental e saúde da família é inicialmente proporcionada por determinantes executivos, mas na medida em que acontece o processo, as relações entre os trabalhadores se dinamizam e a busca por soluções comuns para problemáticas também comuns passam a ser relativizadas nas conversas, debates e discussões.

[Sobre o matriciamento] eu acho que está acontecendo (...) tem postos que liga para gente e diz: cadê os nossos pacientes? Mandem. (...) faz isso o próprio médico (...) então é por isso que não são os doze [postos] porque somos seis mas somos seis que está sendo feito um bom trabalho, muito bem feito. Hoje existe uma relação, sim, integração existe, não é total mas que existe, existe sim. [Às vezes, o matriciamento] é devagar porque nem todos os postos interagem. Acontece muito de mandar voltar e depois a gente vai falar com aquele posto porque voltou, e o posto não está querendo mudar (**Grupo II**).

O processo de matriciamento das ações de saúde mental no PSF é dinamizado pela coordenação regional de saúde mental, onde o contato e supervisão direta acontece tanto para a equipe dos CAPS envolvidos como para as equipes de PSF matriciadas. O agendamento das atividades é cumprido de forma regular demonstrando compromisso pela iniciativa, pelos usuários e pelas equipes. O trabalhador de referência de cada unidade de PSF exerce um papel importante no repasse de informações e na sensibilização da equipe a qual está inserido. Os usuários participantes seguem o projeto terapêutico com a mesma regularidade mantida no CAPS (**Observação**).

No Brasil, importantes iniciativas e experiências de inclusão à saúde mental no cuidado primário têm sido elaboradas no PSF, que atribui à equipe de saúde local importante papel na reformulação das práticas sanitárias (SILVEIRA; SILVEIRA, 2007).

Todavia, as equipes ainda não estão capacitadas para acolher as demandas em saúde mental. Faltam habilidades para a identificação e o acompanhamento de problemas decorrentes da presença de transtornos mentais nas famílias e comunidades, do uso prejudicial do álcool e outras drogas, da utilização dos benzodiazepínicos, de egressos de internações e de situações decorrentes da violência e da exclusão social (DIMENSTEIN et al, 2005).

As novas dimensões práticas clínicas surgidas na saúde mental, a partir do encontro das políticas públicas com os serviços locais, mesmo que ainda misturadas com elementos do modelo clássico, levam os profissionais, cada vez mais, a lidarem com esse entrecruzamento. De forma menor, como um atravessamento dificultador da clínica a ser evitado e de modo maior como fator potencializador de um tratamento que pensa o paciente como sujeito e como cidadão. A expressão clínica ampliada assume a importância e relevância, com o manejo produtivo da tensão entre clínica e política (FERREIRA NETO, 2008).

A resolutividade do matriciamento estampa-se na própria manutenção do modo de vida do usuário que não precisa remeter-se a outros espaços e cenários, muitas vezes, novo e difícil para tentar encontrar caminhos para suas angústias, medos e problemas.

O aspecto resolutivo da ação matricial compõe-se da própria integralidade da atenção à saúde a ser dimensionada em toda a ação de saúde, independente da doença ou patologia, mas co-dependente do sujeito em busca de suprir suas necessidades de saúde.

(...) a questão do matriciamento (...) eu acho que ta caminhando (**Grupo II**).

A necessidade de inserir questões de saúde mental na dinâmica da Estratégia da Saúde da Família torna-se, diariamente, visível nas práticas de saúde, uma vez que a chegada de usuários com sofrimento psíquico nas unidades de saúde é bastante freqüente. As queixas são as mais variadas e para isso a equipe deveria estar preparada para oferecer maior resolutibilidade aos problemas destes usuários (COIMBRA et al, 2005).

No processo de construção e elaboração das práticas, alguns discursos divergem do contexto descrito. A inserção do trabalhador de saúde na constituição de políticas, normas e rotinas para efetivação da assistência se fazem necessário para conscientização crítica por parte daqueles que produzem saúde.

A ausência dos processos de lutas e conquistas denota, muitas vezes, uma alienação incipiente, característica de um *modus operandi* avesso à própria arena do campo 'psi':

Tem residência que agente chega lá e que a gente fica sabendo através da família que o agente de saúde chegou por lá (**Grupo I**).

Bom com relação a isso [matriciamento e demanda] eu não saberei te informar (...) como a demanda é muito grande, se você me perguntar qualquer coisa que acontece ali fora, eu não sei. Parte burocrática eu não sei, porque a única coisa que eu quero é atender e trabalhar (**Grupo II**)

A alienação do trabalhador e do próprio usuário pode ser superada à medida que o primeiro se torna integralmente responsável pelos casos. Sem pretensão onipotente, mas no sentido da integralidade no compromisso com a condução e encaminhamentos necessários às soluções requeridas e que necessitarão de que o profissional acione uma rede de ajuda composta por vários outros profissionais de saúde (FURTADO, 2001).

Dificuldades

No trilhar da produção do cuidado, algumas dificuldades se apresentam como determinantes operacionais para a efetiva realização das atividades propostas na atenção psicossocial.

Pelo fato de apresentar deficiências para com o contexto pesquisado, o CAPS torna-se um espaço de enfrentamento e superação dos limites físicos por meio das relações, do fazer e do agir para com quem precisa ser atendido e acolhido em seu sofrimento. Os discursos convergem à necessidade da estrutura física, mas não condiciona a execução ou não da ação terapêutica no CAPS.

Tem não, não temos salas especiais para isso [massoterapia], a dificuldade é muito grande aqui no CAPS (**Grupo I**).

(...) o salão [do CAPS] não suporta tanta gente (...) uma sala como essa, enquanto um está fazendo um grupo o outro também está fazendo outro grupo ou atendimento individual (...) Assim eu acho particularmente que às vezes muita coisa aqui que engancha não por conta das coisas que as pessoas reclamam quando trabalha no SUS não (...) muitas vezes esses enganchos é por causa de uma falta de material, uma falta de alimentação, uma falta de carro (...) é um enganchos, é mas isso tem jeito, dar um jeito (**Grupo II**).

Embora limitados, muitas vezes, por paredes e espaços diminutos, os trabalhadores inseridos na reabilitação psicossocial devem ser conscientes de que ao atuarem na promoção da saúde mental, eles trabalham com o olhar voltado para o sujeito em toda sua complexidade e se familiarizam com o sofrimento e a fragilidade do ser humano, e, assim, não devem duvidar da própria reabilitação que diariamente estão implementando na prática (JORGE et al, 2006).

As limitações são obstáculos ao andamento das atividades do CAPS. No entanto, a percepção da equipe é que esses obstáculos são apenas interpostos simples frente ao trabalho desenvolvido no cotidiano da equipe.

O financiamento dos serviços substitutivos em saúde mental pelo SUS incide diretamente na manutenção ou solução dos problemas expressos nos discursos que ainda convergem este pensar.

(...) a questão mesmo de sistematizar esses projetos (...) as pessoas tem essas idéias e começam a trabalhar (...) quando chega aqui é um problema (...) me dê os grupos, me dê isso, eu não tenho mesmo não, não tenho isso, vai vindo depois (...) vai pedindo, olhe, escreva aí o perfil do grupo, número de participantes, não sei o quê e eles vão me entregando aos poucos (**Grupo II**).

(...) o serviço [CAPS] funciona com as suas limitações (...) dificuldade [no CAPS] tem porque serviço público é muito carente. [o CAPS foi] cadastrado, mas eu não sei direito [se] ainda não está vindo a verba. A prefeitura é que está sustentando e é muito dinheiro, só a folha é seiscentos mil reais (**Grupo II**).

Na lógica de organização dos serviços de saúde e nas práticas desenvolvidas pela equipe junto às demandas e necessidades dos usuários, para que não assumam a forma de prática discursiva algumas formulações procuram responsabilizar não só serviços, profissionais e usuários, mas também a comunidade, através do estabelecimento de "parcerias" e "co-responsabilidades". Além disso, não podemos nos esquecer de que cabe justamente ao Estado, a partir da Constituição de 1988, a responsabilidade pelas condições de saúde da população: "a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado" (SILVA, 2005).

A alimentação dispensada aos usuários do CAPS, sendo eles "intensivos" ou "semi-intensivos" é um direito evidenciado na legislação de funcionamento dos serviços extra-hospitalares em saúde mental. A condição sócio-econômica diminuída dos nossos usuários também reforça a importância desta dispensação diária para a condição de saúde e de sobrevivência para com os usuários do CAPS.

(...) eles [usuários] chegam [e saem] do mesmo jeito (...) agora não está vindo é a refeição para eles (...) a prefeitura é que não está repassando nada. (**Grupo I**).

Durante a realização da pesquisa, o CAPS vivenciou um momento tenso em relação a disponibilidade da alimentação. A atividade está definida na regulamentação do serviço e além de direito do usuário, é também, uma necessidade. Para tanto, a equipe realizou reunião após diversos encaminhamentos anteriores, e a coordenação regional possibilitou a manutenção das refeições com o repasse compartilhado por outros setores da administração municipal. O projeto terapêutico tende a ser prejudicado em momentos como este devido a vinculação de alguns usuários que acabam por se manter na unidade devido a alimentação recebida também (**Observação**).

As demandas e necessidades se incorporam ao funcionamento da rede de serviços em construção no campo da saúde mental, já que a mesma se dispõe a(o): 1) respeito à garantia do usuário ao direito de hospitalidade, bem como sua proteção ou continência, de acordo com sua necessidade; 2) disponibilidade de uma rotina institucional ágil e plástica, capaz de responder ao pedido de auxílio do usuário ou dos

seus familiares; 3) inserção em ações assistenciais no território de origem dos usuários; 4) prioridade de projetos de vida nos serviços assistenciais; e, 5) promoção de um contínuo processo de valorização dos usuários, com sua conseqüente reinserção social (KINOSHITA, 1997) (LUZIO; L'ABBATE, 2005).

O transporte dos usuários para o CAPS é tutelada pelo sistema de saúde como incentivo a participação nas atividades terapêuticas compartilhadas pelo próprio usuário e a equipe.

[Os pacientes] recebem o vale-transporte pra ir e pra voltar. E eu acho (...) que eles não têm dificuldade não. Alguns colocam [como dificuldade] quando precisam vir acompanhados (**Grupo II**).

O serviço social do CAPS atua de forma direta na estruturação e organização dos processos de inclusão social dos usuários: aposentadorias, repasses sociais, alimentação, emprego e também na efetiva responsabilidade para com o transporte dos mesmos. A entrega do recurso para pagamento das passagens de ônibus não contempla o familiar ou acompanhante. Encontra-se em processo de cadastro, a gratuidade por meio de passe-livre municipal de todos os portadores de deficiência física ou mental. (**Observação**).

O compromisso de responsabilização pelo usuário foi mantido na ampliação e consolidação dos serviços de atenção psicossocial e de suas equipes multidisciplinares. A garantia da flexibilidade de ofertas necessárias ao tratamento e sua eficácia, portanto, acaba por romper com o sistema de serviços hierarquizados e lineares no cuidado (LUZIO; L'ABBATE, 2005).

A rotatividade já expressa pelos trabalhadores de saúde por alguns profissionais, apresenta-se aqui como dificuldade para o funcionamento regular do serviço de saúde mental.

[Em algumas situações] (...) o problema [no CAPS] é que precisa de médico (...) eu não sou médica, o quê que eu vou fazer? eu não sou e quem está aqui [também] não. [Às vezes] a gente precisa de alguém que veja [o usuário] e passe uma receita, outro atendimento. Para isso, precisa de um remédio (...)a gente não dar conta disso (**Grupo I**).

A dificuldade de acesso ao atendimento médico ocorre em todo o SUS. A organização da demanda atendida no CAPS possibilita também que a comunidade priorize o CAPS como espaço para dirimir suas demandas de saúde, no entanto, as vezes, ocorre de forma diferente e desvirtuada. Em vários momentos, observou usuários com problemas de saúde diversos que desejavam “renovação de receita para epilepsia”, “encaminhamento para neurologista”, “se consultar”, dentre outros. Tais evocações foram sempre pronunciadas e encaminhadas para as devidas unidades responsáveis pelo atendimento (**Observação**).

Necessita-se a continuidade do processo de reflexão crítica sobre os processos psicossociais que permeiam os diferentes posicionamentos dos agentes sociais envolvidos na atenção à saúde mental, especialmente, por parte daqueles que

têm maior poder de decisão e controle no plano, tanto das práticas, quanto da subjetividade (TRAVERSO-YÉPEZ; MORAIS, 2004).

A construção da consciência sobre o direito humano de ser atendido e assistido passa tanto pelo seu reconhecimento e conscientização, como pela superação das barreiras e limitações, seja no plano das políticas públicas, seja dentro das instituições de atendimento e no próprio modelo assistencial, mas, de forma especial, no campo das idéias e processos de significação no que diz respeito ao tipo de relação estabelecida no cotidiano dos serviços e das práticas. A humanização do atendimento segue para além da melhoria da qualidade da relação profissional/paciente-cliente: aponta para o desenvolvimento, nesse espaço, do sentido de cidadania e participação crítica (TRAVERSO-YÉPEZ; MORAIS, 2004).

A diferença expressa pelos trabalhadores está relacionada à condição de superação dos limites e das dificuldades por meio próprio. Embora seja interessante a não-cessação de algumas atividades, o trabalhador mesmo satisfeito e feliz precisa sempre ter a consciência de seu espaço de atuação e de sua responsabilidade também da gestão do SUS para com os elementos básicos para seu funcionamento (insumos, transporte, medicamentos, salários, etc.).

(...) é doloroso para gente ter momento que a gente não vai poder fazer. Infelizmente é doloroso mas tendo o que fazer, não vai ser porque não tenha um carro que a gente não possa ir no nosso. Eu vou no meu, não mata (**Grupo II**).

O CAPS não possui um veículo próprio. A secretaria executiva regional, onde se encontra, a coordenação regional dispõe de um veículo que deve ser agendado para as visitas programadas e/ou para o matriciamento. Em alguns momentos esporádicos não se dispõe do veículo em período curto de necessidade (**Observação**).

No processo de formação e compartilhamento de saberes é preciso estar sempre vivendo contradições, ou seja, embora seja um profissional formado, continua nesse espaço, em formação. A inserção na equipe não impõe somente ser mais um, ser homogêneo, pelo contrário, pode garantir que a sua singularidade possa aparecer (POLETTI, 2008).

O trabalhador em formação exerce o poder da indagação e assume o não-saber fazer e a necessária ajuda, mas é também o que pode trazer o que se sabe para contribuição de todos. Ao se estranhar com o novo, aprende compartilhando cada dia com a equipe e com cada usuário. Busca sempre incorporar e construir novas práticas e é esse buscar a própria prática, única e singular (POLETTI, 2008).

O adoecimento psíquico se caracteriza por singularidades e subjetividades que disponibilizam novos comportamentos e atitudes. Esta variação é percebida nos usuários e a equipe deve observar tais situações como momentos de expressão diferente do que se expõe em outros espaços do setor saúde. Ainda assim, o sofrimento humano está ligado à forma de vida de cada um e sua interação para com o mundo.

(...) às vezes eu tenho dificuldade, sim porque um paciente não relaxa. Então tem momento que você vê que tem que pegar no braço, e fazer um movimento de rotação no braço, ele quer lhe ajudar, ele quer fazer, mas às vezes ele está tão tenso que ele não deixa. Por exemplo, eu pego na cabeça e digo que confie em mim, me dê só o pescoço e ele fica. Eu digo solte o pescoço, ele fica com o pescoço duro, ele fica querendo segurar o pescoço (**Grupo I**).

(...) a sensação que deu é que ele ia invadir a farmácia pois ele estava com um cara do lado de fora (...) eu disse vai ser agora (**Grupo II**).

O trabalho no território incorpora a vida social com todo o universo de relações, tensões, conjunturas, casos e descasos da sociedade em atenção para com o cuidado.

A evidência da violência nos espaços urbanos decorre para um perfil comum nas metrópoles brasileiras, e muitas vezes, os espaços de vilas e favelas são consideradas de risco, já que é comum a atuação e a presença do narcotráfico. O aumento da violência no cotidiano dos usuários do CAPS e do próprio SUS tem aumentado marcadamente nos últimos 10 anos, o que muito repercute na prática clínica e também nos espaços e cenários deste agir (FERREIRA NETO, 2008).

As práticas dos trabalhadores do CAPS inserem-se no contexto dos espaços e cenários do cuidado em saúde mental. O processo de trabalho operado neste campo adentra por meio das tecnologias e saberes na consolidação de um transformar de realidades e situações por meio de determinantes sociais e históricos.

A escolha de ferramentas para desempenhar os papéis e funções na produção do cuidado no CAPS ocorre pela formatação regulamentar e jurídica da política de atenção em saúde mental, mas também, dialeticamente, pela adoção e absorção, consciente ou não, de novos fazeres, novos olhares e novas percepções para efetivar a clínica e a assistência ao usuário, também sujeito.

O compromisso converge nas expressões e observações da equipe do CAPS em seu cotidiano tenso e conflituoso. O território apresenta-se sempre dinâmico e vivo ao demandar problemas e conformar necessidades, e nestas, vislumbra-se a utopia do desenvolvimento e execução de tarefas numa máquina produtiva engrenada por essa

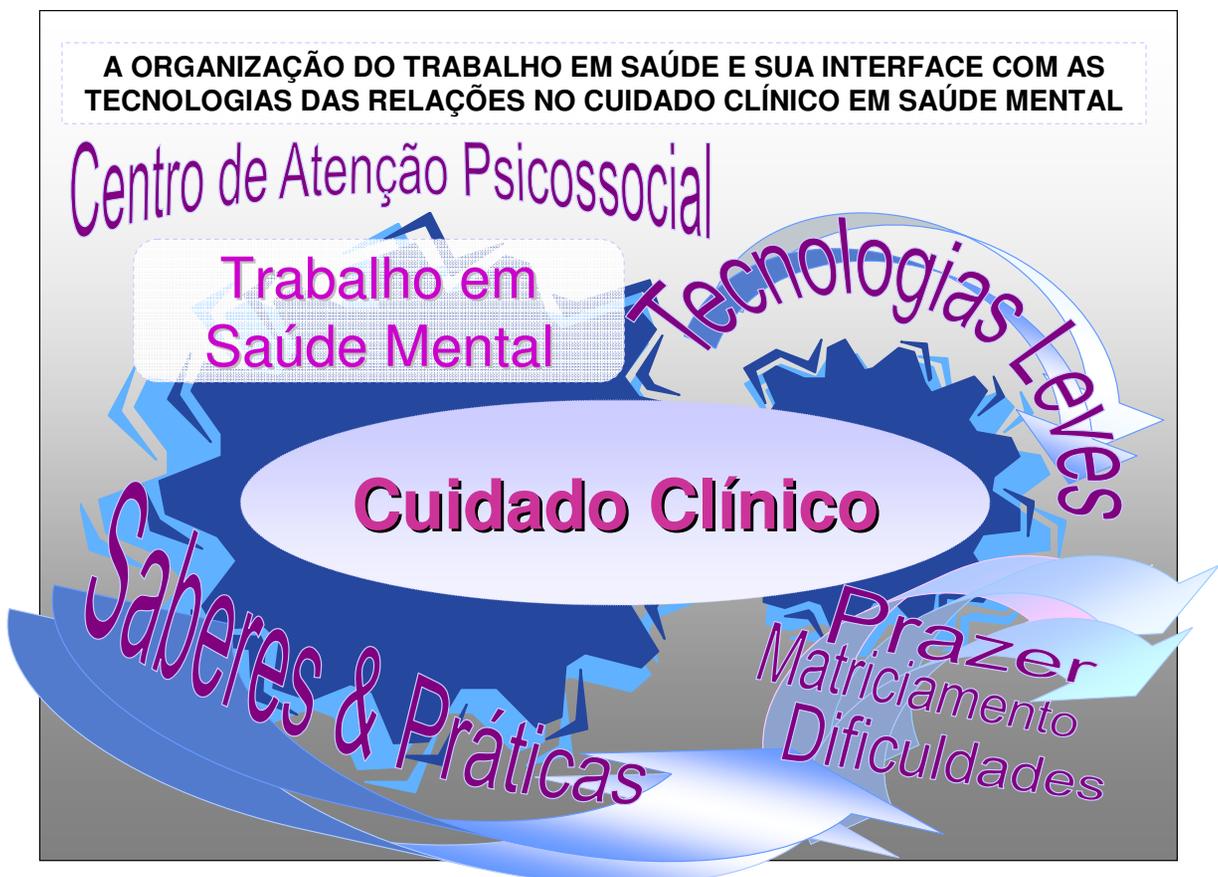
responsabilidade ética e cidadã de fazer e acontecer um horizonte: a atenção psicossocial.

O trabalho em saúde mental continua a delinear o acontecer histórico, pois interpõe a potência da transformação dos ambientes, das naturezas e das subjetividades singulares e coletivas.

Na satisfação dos trabalhadores de saúde mental, alinham-se as vontades, desejos e proposições para superar materialidades interpostas, tais como, limitações físicas e dificuldades comuns, mas também, na promoção do bem-viver e querer saber, fazer e cuidar.

O compartilhamento de saberes assimila a lógica do apoio e da força propulsora por meio do matriciamento das atividades outrora específicas e, mormente, parcializadas em rede, em jogo, em relação de serviços, sujeitos e de ações.

Os saberes se conformam e se apreendem pela experiência do fazer e do agir e na aproximação de quem mais precisa e na consolidação do sistema, este, único, resolutivo, equânime e de saúde, ou seja, SUS.



CAPS.

Figura 09 – Diagrama Empírico – Trabalho em Saúde Mental no

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações a serem descritas se conformam a partir da vivência investigativa e da construção coletiva do conhecimento em que interage em si o saber instituído no formato acadêmico, as práticas desenvolvidas no campo da saúde mental, as necessidades e demandas dos usuários do CAPS e as observações dos pesquisadores.

A proposição crítica do estudo consolida uma dimensão de aproximação da realidade em que a descrição dos processos, intervenções e ações estão permeadas pela análise histórica e dialética das relações sociais. A transversalidade dos conhecimentos e experiências é extraída pelo método e dela se exprimem as peculiaridades cotidianas do agir em saúde.

A dinâmica de transformação da realidade investigada, expressa por todo o conteúdo da pesquisa, requisita que as proposições para o campo da práxis sejam relativizadas, pois, nesse sentido, deve-se afastar da imposição de condutas e de delimitações. Assim, ao serem evocadas no seio fabril do cuidado, podem constituir elementos propulsores de acumulação de saberes, empoderamento logístico e consciência crítico-social.

O ponto de partida para o desenvolvimento da pesquisa foi o questionamento sobre a forma de produção da prática clínica no campo da atenção psicossocial pelos trabalhadores de saúde mental e sua relação com a integralidade e a resolubilidade e, assim, discorre os comentários.

A conformação laboral da *práxis psi* situa sujeitos em seus cotidianos de forma heterogênea. A equipe do CAPS, com seus componentes dispostos a atuar no sentido de efetivar a reabilitação psicossocial e a promoção da saúde, fragilizam-se pela condição de trabalho e também pela fragmentação do cuidado na rede local de saúde.

Os sujeitos essenciais para a lógica assistencial, ou seja, os usuários direcionam relevante importância a intervenções diretas com base psico-biológica, e, assim, impõem-se na relação com a equipe. A demanda cresce a cada dia devido aos subjetivos contrastes urbanos que se adicionam da injustiça social e limitação da vida.

A prática da clínica em saúde mental no CAPS demonstra a integralidade da atenção, por estabelecer no território, e, junto aos usuários, a operacionalidade de seus componentes: acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomia. No entanto, a resolubilidade é relativizada pelo modo de entender a vida por parte da população.

Seria resolutivo tender a ação do cuidado para as necessidades de saúde? Teoricamente, apresentamos esta trajetória epistêmica e operacional. No entanto, o campo empírico nos fornece alguns elementos que contextualizam outras vontades e desejos: cura e remédio.

No embate teórico-prático da investigação, pressupõem-se entendimentos e pré-concepções no desenrolar da aproximação com a realidade. A delimitação do modelo médico-centrado ainda é hegemônica, no entanto, diferentemente do que está apresentado no início do trabalho, o pólo indutor desta objetivação não está na equipe do CAPS e em seus trabalhadores, mas, principalmente, no usuário que significa a ação prescritiva e medicalizante como uma garantia à manutenção da vida e redução de riscos.

O outro pressuposto apresentado contemplava uma prática clínica e um cuidado fragmentado em saúde mental. Nesse sentido, o construto empírico disponibilizado reforça tal fragmentação, principalmente, na relação entre a demanda e a oferta, assim como, na intersetorialidade interna (Rede) e externa (Dispositivos comunitários e sociais).

As ações desenvolvidas se adequam ao esperado e previsto no cotidiano da equipe. O esforço pactuado em efetivar abordagens mais subjetivas está presente em todos os momentos da assistência no CAPS. O grupo terapêutico permeia todas as iniciativas de intervir, de assistir, de cuidar. Desfazendo a concepção de atendimento em massa ou espaço para imposição de saberes.

Pelo contrário, o grupo é a ferramenta operativa escolhida pela equipe do CAPS tanto para desenvolver o trabalho assistencial em saúde mental, como também, para promover o encontro de subjetividades da própria equipe. As tensões se flexibilizam na conversa direta, compartilhada e equânime entre os trabalhadores. Esta atividade, denominada roda de conversa, intensifica o papel das tecnologias das relações no próprio processo de trabalho.

As respostas resultantes da vivência e da própria aproximação seguem esta configuração e impõe um envolvimento direto com a transformação contínua que precisa ser relatada e descrita. Para tanto, apresenta-se uma **cartografia do campo empírico** sob a visão dos pesquisadores e de suas “visões de mundo” contextualizadas historicamente.

O cotidiano do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) incorpora uma diversidade de atores, elementos, complexidades e subjetividades no processo de trabalho desenvolvido diariamente no território de Fortaleza-CE. Respalda-se, a seguir, a sua configuração descritiva e analítica, para que o entendimento comum seja interpenetrado nas propostas e discussões elaboradas.

Os *trabalhadores de saúde mental* inseridos no CAPS apresentam-se na forma de equipe, pela necessidade de segmentar os passos necessários do cuidado em saúde mental. A sua inserção no cotidiano de trabalho reflete o compromisso para com o objeto de intervenção de forma ampla, porém se faz necessária a desprecarização dos mesmos em relação ao contrato trabalhista; assim como, a definição de uma política de formação permanente em que os trabalhadores transponham suas limitações e dificuldades.

Os *usuários* estão definidos em suas subjetividades e na forma de conceber e interagir com o mundo perante essas subjetividades. A chegada, a presença ou a entrada do usuário no processo clínico é definida dialeticamente. As demandas e necessidades dos usuários, no momento inicial, ou no “input” da relação dialógica, caracterizam-se pela própria forma de entender o SUS, o CAPS, o cuidado para com a própria vida.

O referido entendimento é produto de toda uma história de enfrentamento e convívio com as práticas de saúde desenvolvidas para com o usuário. À medida que novas atitudes começam a ser implementadas, este processo caminha e desenvolve a abertura de novas possibilidades e novos entendimentos.

A demanda referida na recepção, na primeira consulta ou no primeiro olhar terapêutico pode estar associada a carências subjetivas momentâneas ou sociais. A requisição quase que mandatória de uma intervenção objetiva e biologizante, em que a farmacoterapia se sobressai no desejo explícito dos indivíduos, pode ser relativizada ao longo da relação terapêutica pela inserção dialogada de novas práticas e possibilidades.

A *gestão* caracteriza-se pela instituição e também pela condução da atenção em saúde mental no SUS. A prerrogativa executiva e provedora do cuidado deve transpor a incidência direta descendente de medidas ou decisões administrativas não-compartilhadas. Para tanto, a ampliação dos espaços já disponibilizados para o debate e

a exposição de necessidades da equipe e da população devem ser respaldadas e promovidas continuamente.

A prática clínica desenvolvida no CAPS e exercitada no dia-a-dia do cuidado em saúde mental ao emergir das relações entre a equipe e os usuários deve conceber o dinamismo da subjetividade humana.

A linearidade da doença mental não coincide com a multiplicidade, complexidade e diversidade da subjetividade humana. As atividades inerentes à prática clínica tornam-se, obrigatoriamente, dependentes da concepção e definição do objeto de atuação. Na perspectiva da saúde mental, as ferramentas se diferenciam a cada momento e a (re) construção dos sujeitos em seu plano terapêutico compartilhado ou não, também.

A formatação da causalidade com base biológica e medicalizante da ação em saúde mental precisa ser desconfigurada de forma includente. A sua exclusão levaria ao caos assistencial. Porém, a aquisição e aderência a outros campos e saberes, muitas vezes ocidentalmente não aceitos pela racionalidade científica hegemônica, fortalece a integralidade assistencial.

A oferta dos serviços no CAPS, definida também no projeto terapêutico institucional, requisita uma contínua análise por parte, principalmente, de quem dele participa: equipe e usuários.

A tendência de fomentar determinadas tecnologias do processo do cuidar, mesmo que tenham o compromisso com a subjetividade humana, precisa ser examinada em cada momento histórico e operacional do CAPS. A permeabilidade assistencial é exigida para se evitar o contra-senso clínico, a avidez teórica e a limitação diagnóstica.

As relações assumem a condução terapêutica a ser implementada. A pré-concepção de atendimento diminui o espectro de possibilidades na assistência e na efetividade clínica. A escolha pré-determinada por atividades lúdicas, grupais ou artísticas nem sempre vai ser sinônima de resolutividade, por exemplo.

A configuração imaginária e subjetiva da loucura humana por parte da equipe do CAPS permeia todas as etapas produtivas do cuidado em saúde mental. O lócus assistencial deve se basear no sujeito, estando o mesmo transtornado ou não. A rotulação do usuário do CAPS, por parte da equipe, e sua inclusão do mesmo numa

arena de diagnósticos, condutas e resultados esperados, suprime a criatividade em efetivar a cidadania e inclusão social.

A premissa básica dos serviços substitutivos em saúde mental é a promoção da saúde e a reabilitação psicossocial. Primariamente está definida como um estágio da atenção em saúde, e assim, resgata diversos elementos para a prática elaborativa, tais como: a vida cotidiana, os enlaces sócio-afetivos, a sobrevivência e a produção de renda; o lazer e a própria condição de saúde.

A integralidade no âmbito das práticas desenvolvidas no serviço de saúde incorpora esta forma de proceder perante as necessidades e demandas da população. O sujeito expande-se no diálogo clínico. O terapeuta assume o contexto subjetivo como parte integrante da assistência em saúde e, assim, favorece a parcialização terapêutica e a adequabilidade do plano ao modo de vida de cada usuário.

A produção do cuidado com eixo na integralidade demanda atitudes e participação de todos os sujeitos envolvidos no processo. O CAPS é o espaço para que esta produção seja conformada e constituída a partir dos encontros, acessos, intervenções e ações realizadas.

O acolhimento deve estar presente em todos os momentos do cuidado produzido. Embora a acolhida denote a idéia de chegada, de recebimento, de guarda inicial, ela deve permear todas as atividades individuais ou coletivas da assistência em saúde mental.

O vínculo descrito está relacionado com a característica essencial para que todo o processo hermenêutico de acompanhamento clínico entre a equipe do CAPS e usuários seja consolidado de forma integral. Diferentemente do vínculo solidário em si, em que as práticas se comportam como supridora da carência contínua do sujeito em sofrimento naquela perspectiva, toma-se por definição a promoção e elaboração de parcerias vinculadas para a formação da autonomia cidadã.

É sabido que a autonomia plena é um estágio quase que inatingível pelo ser humano. As dependências são configuradas pela própria condição humana de viver em sociedade. O papel emancipatório da prática terapêutica do CAPS direciona-se para a formulação de estratégias conjuntas para (re)construção de laços e acomodações sociais que tenham o objetivo de consolidar a cidadania de cada usuário.

Assim, na prática diária, em que diversas atividades são realizadas, idéias e desejos tomam forma real, a responsabilização terapêutica deve estar presente em cada trabalhador da saúde mental. A indicação de possibilidades terá uma potente condição de existência se a responsabilidade do usuário para com o seu cuidado também existir, assim como a dos familiares, amigos e acompanhantes.

Indaga-se portanto, nos serviços de saúde mental, o que é um serviço resolutivo? Será atendimento a demanda apresentada na recepção de forma completa? Será a diversidade de práticas presentes no cardápio de serviços do CAPS? Será a manutenção da concepção hegemônica de resolutividade associada à cura da doença?

As indagações são inerentes ao processo sócio-histórico e paradigmático em que a atenção à saúde mental está inserida. Toma-se por conceito a integralidade do cuidado, e nesse bloco conceitual e epistêmico, a análise das práticas toma o sentido do todo, da heterogeneidade compacta e da diversificação do agir.

As necessidades de saúde da população, inerentes no território, seria o espaço utópico na busca da resolutividade. Talvez a imagem-objetivo que se inicia pelo próprio encontro de atendimento da demanda, mas que nem sempre precipita a indagação, a explicitação e a investigação das reais necessidades de saúde para aquele que deve receber o cuidado integral.

O processo de trabalho em saúde mental estrutura o desenvolvimento das práticas e da própria produção do cuidado. O cuidado integral requisita um processo de trabalho pautado na integralidade.

A equipe de trabalho em saúde mental, embora definida jurídico-politicamente nas portarias e legislações ministeriais, deve ser continuamente (re)significada. A proposição da integralidade no cuidado em saúde mental expande a dimensão nuclear de cada saber específico, e muitas vezes, a necessidade interdisciplinar da assistência refaz e reproduz novos sujeitos e novas atitudes.

A clarificação da logística fabril no contexto do CAPS deve seguir a descrição e afirmação do compromisso coletivo e político da instituição para com a atenção psicossocial e o cuidado em saúde mental. Assim, as divergências, os conflitos as tensões tenderiam a ser instabilizados pela própria equipe e, por conseguinte, relativizados no sentido da harmonização das tarefas e atividades.

A organização da rede de atenção em saúde mental engloba o processo de trabalho do CAPS, pois macro ou micropoliticamente, ela define fluxos, intervenções e rotinas refletidas no próprio funcionamento.

Na composição de novas formas de organização, os poderes devem ser visualizados de forma crítica e reflexiva. A definição obscura de papéis e funções, ou até mesmo, a supremacia de determinados procedimentos e condutas, embora existam, precisam sair do imaginário e das rodas íntimas e serem expostos para justificação transparente e possível entendimento organizacional.

O apoio matricial favorece a estratégia de promoção das ações de saúde mental na atenção básica. O território ainda é o espaço mais próximo do usuário e o local mais adequado para atuação junto às complexidades do adoecimento psíquico. Porém, a promoção à saúde mental no PSF requisita a organização gerencial do próprio sistema, a articulação não fragmentada das ações de saúde e a interação horizontal dos saberes e práticas de todos os trabalhadores envolvidos.

A expansão do número de dispositivos extra-hospitalares, no caso de 3 para 14 CAPS nos últimos 3 anos referenda um compromisso para com a política municipal de saúde mental. No entanto, embora a abordagem integral favoreça a adequação criativa e quase ilimitada de espaços para o trabalho subjetivo, ainda são necessários investimentos na estruturação física de cada dispositivo. O ambiente também concorre na consolidação da integralidade da atenção em saúde mental.

A elaboração da rede de cuidados em saúde mental deve ter como base a prática clínica operada pelas equipes dos CAPS. São nestes espaços onde se percebem as verdadeiras e variadas formas de intervenção terapêutica, as deficiências operacionais, as demandas prevalentes e a resolutividade real. A imposição de determinações políticas operacionais sobre a dinâmica do cuidado apenas desconfigura o processo dialético de (re)construção da assistência.

O cotidiano se faz no presente e o dia seguinte já insere suas transformações inócuas de um trabalho feito ou desfeito. A formulação de políticas públicas e efetivas deve perceber as singularidades do espaço vivo das práticas.

Ainda assim, a atenção psicossocial em suas dimensões, emana a necessidade da ação intersetorial. O CAPS precisa incorporar e atuar no seu papel de agenciador e ordenador das ações de saúde mental no território. A prática clínica é

extra-hospitalar, mas também é extra-consultório, extra-sala de recepção. O território mantém suas estruturas e coberturas de atenção que, embora diferentes, também incidem na melhoria de vida do usuário, no nosso caso, do SUS.

REFERÊNCIAS

ALVES, D. S. Integralidade nas políticas e saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS- UERJ/ABRASCO; 2006 p. 169-178.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

AMARANTE, P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M.I. (Org.) **Fim de século**: ainda manicômios? São Paulo: IPUSP, 1999. p.47-56.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

AMARANTE, P.; GULJOR, A. P. Reforma Psiquiátrica e Desinstitucionalização: a (Re)construção da demanda no corpo social. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 65-76.

AMARANTE, Paulo. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, 1995 .

ANDRADE, L. O. M. et al. Saúde Mental & Cidadania: a resposta de Fortaleza, Ceará. **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 40, p. 57-71, junho 2007.

ANDRADE, L. Q. **Terapias expressivas**. São Paulo: Vector, 2000.

ANDREOLI, S. B. et al. Utilização dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 20, v.3, p. 836-844. maio/junho, 2004.

ARENDT, H. **A condição humana**. 10ª. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

ASSIS, M. M. A. **A municipalização da saúde**: intenção ou realidade? Análise de uma experiência concreta. Feira de Santana-BA: Universidade Estadual de Feira de Santana, 1998.

ASSIS, M. M. A. et al. Análise de dados qualitativos em saúde: uma experiência coletiva de classificação. **Sitientibus**: Revista da Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, n. 18, p. 64, jan/ jul, 1998.

ASSIS, M. M. A., VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n.3, p.815-823, 2003.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.** São Paulo, v.8, n. 14, p. 73-92, set. 2003-fev. 2004.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.** São Paulo, v.4, n. 6, p. 117-20, 2000.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BAREMBLITT, G. A clínica como ela é. Dez pontos para uma apresentação. In: BAREMBLITT, G. et al. **Saúde Loucura Nº 5: A clínica como ela é**. São Paulo: Hucitec, 1994.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional**. Rio de Janeiro: 3^a ed., Rosa dos Tempos, 1996.

BARRETO, I. C. H. C. et al. Educação permanente e a construção de Sistemas Municipais de Saúde - Escola: o caso de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Divulgação em Saúde para Debate**. Série Cebes/Conasems: Saberes e Práticas da Gestão Municipal, n.34, jun. Rio de Janeiro, 2006.

BARROS, R. D. B. Grupo e produção. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde Loucura Nº 4: Grupos e coletivos**. São Paulo: Hucitec, 1994.

BECHELLI, L. P. C.; SANTOS, M. A. Psicoterapia de grupo e considerações sobre o paciente como agente da própria mudança. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 383-91, 2002 .

BOFF, L. Saber Cuidar: ética do ser Humano. In: _____. **Compaixão pela Terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. 2^a. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental**. 2^a. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo humanos**. Brasília, 1998.

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

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e a Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília: Editora MS, 2003.

BREDA, M. Z.; AUGUSTO, L. G. S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 471-480, 2001.

CAMPOS, G. W. S. **A Saúde pública e a defesa da vida**. 3ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, G. W. S. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. **Olho Mágico**. Londrina, v. 10, n. 2, p. 7-14, abr./jun., 2003.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teóricos-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

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

CAMPOS, R. O. A promoção à saúde e a clínica: o dilema “promocionista”. In: CASTRO, A.; MALO, M. (Org.). **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec/ OPAS, 2006b. p. 62-74.

CAMPOS, R. O. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, maio/ago. 2001.

CAPRARA, A. Escuta como cuidado: é possível ensinar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2007. p. 231-246.

CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2004.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.

(Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2006. p. 115-128.

CODO, W; SAMPAIO, J. J. C; HITOMI, A. H. **Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar**. Petrópolis: Vozes, 1993.

COIMBRA, V. C. C.; OLIVEIRA, M. M.; VILA, T. C.; ALMEIDA, M. C. P. A atenção em saúde mental na estratégia saúde da família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 07, n. 01, p. 113–111, 2005. Disponível em <http://www.fen.ufg.br>. Acesso em: 02 Ago. 2008.

COSTA, R. P. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. **Mental**. Barbacena, v.5, n.8, p.107-124, jun. 2007.

COSTA-ROSA, A.; RUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (Coord.) **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Engº Paulo de Fortim, RJ: Nau editora, 2003. p. 13-44.

DELEUZE, G. ¿Que és un dispositivo? In: FOUCAULT, M. **Michel Foucault, filósofo**. Barcelona: Gedisa, 1990, p. 155-161. Disponível em: <http://www.unb.br/fe/tef/filoesco/foucault/art14.html>. Acesso em: 2 ago. 2008.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviços psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (Coord.) **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau editora, 2005. p. 161-194.

DIMENSTEIN, M. et al Demanda em saúde mental em unidades de Saúde da família. **Mental**. Barbacena, n.5, p.33-12, 2007.

DOMINGUES, A. V. Saúde Mental: enfrentando o desafio da responsabilização. In: FRANCO, T. B. et al. **Acolher chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 180-192.

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

FAVORETO, C. A. O. A velha e renovada clínica dirigida à produção de um cuidado integral em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2006. p.205-219.

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

FELDMAN, L. B.; RUTHES, R. M.; CUNHA, I. C. K. O. Criatividade e inovação: competências na gestão de enfermagem. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 61, n. 2, p. 239-242, 2008 .

FERREIRA NETO, J. L. Práticas transversalizadas da clínica em saúde mental. **Psicol. Reflex. Crit.** Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 11-118, 2008 .

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. **História da Cidade.** Imprensa Municipal. 2007.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Política de Saúde Mental do Município de Fortaleza-CE.** Imprensa Municipal. 2007b.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2005.** Saúde, Qualidade de Vida e a ética do cuidado. Imprensa Municipal. 2006.

FOUCAULT, M.. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1992.

FRACOLLI, L. A. ; ZOBOLI, E. L. C. P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP.** São Paulo, n. 38, v. 2, p. 143-51, 2004.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 2, n. 15, p. 345-53, 1999.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JR, H. M. Integralidade na Assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E. E.; et al. (Org.) **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** 3ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 125-133.

FUKUI, L. **Terapia comunitária e o conceito de comunidade:** uma contribuição da sociologia. 2004. Disponível em: http://www.usp.br/nemge/textos_tecendo_estudando/terapia_comunidade_fukui.pdf. Acesso em: 2 ago. 2008.

FURTADO, J. P. Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes crônicos: da unidade de reabilitação de moradores ao CAPS Estação. In: HARARI, A.; VALENTINI, W. (Org.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano.** São Paulo: Hucitec, 2001. p. 37-58.

GADAMER, H. G. **O Problema da Consciência Histórica.** Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1998.

GADAMER, H.G. **Verdad y método:** fundamentos de una hermenéutica filosófica. Salamanca: Ed. Sigueme, 1996.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface (Botucatu),** Botucatu, v. 9, n. 17, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 Ago. 2008.

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

GRAMSCI, A. **Concepção dialética da história**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

GUATTARI, F. **Caosmosis**. Buenos Aires: Manantial. 1992.

GUATTARI, F. **Revolução molecular**: pulsações políticas do desejo. São Paulo, SP: Brasiliense, 1981.

GUIMARÃES, F.J; FERREIRA FILHA, M.O. Repercussões da terapia comunitária no cotidiano de seus participantes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 8, n. 3, p. 404, 2006. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a11.htm. Acesso em: 2 ago. 2008.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Quando a dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2006. p. 37-56.

GULJOR, A. P.; PINHEIRO, R. Demandas por cuidado na desinstitucionalização: concepções e percepções dos trabalhadores sobre a construção de demanda e necessidades em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; GULJOR, A. P.; SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Org.) **Desinstitucionalização da saúde mental**: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007. p. 65-90.

HABERMAS J. **Técnica e ciência como ideologia**. Lisboa (PT): Edições 70; 1994.

JORGE, M. S. B. et al. Gestão de recursos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial no contexto da política de desprecarização do trabalho no Sistema Único de Saúde. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 417-25, jul./set. 2007.

JORGE, M. S. B. et al. Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 734-739, 2006.

JORGE, M. S. B.; RANDEMARK, N. F. R.; QUEIROZ, M. V. O. et al. Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. **Rev. bras. enferm**. v. 59, n. 6, p. 734-739, 2006.

KALIL, M.E.X. (Org.) **Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde**. São Paulo: Hucitec/Cooperação Italiana em Saúde, 1992.

KAMKHAGI, V. R. Horizontalidade. Verticalidade e transversalidade em grupos. In: BAREMBLITT, G. **Grupos**: Teoria e técnica. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1986.

KINOSHITA, R. T. Em busca da cidadania. In: CAMPOS, F. C. C. B.; HENRINQUE, C. M. P. (Org.). **Contra a maré à beira mar: a experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 67-77.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2007. p. 171-198.

LACERDA, A.; VALLA, V.V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro (RJ): CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2006. p. 91-102.

LACERDA, A.; VALLA, V.V. Um outro olhar sobre a construção social da demanda a partir da dádiva e das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 279-291.

LANCETTI, A. Clínica grupal com psicóticos: a grupalidade que os especialistas não entendem. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde Loucura Nº 4: Grupos e coletivos**. São Paulo: Hucitec, 1994.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. 2ª. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

LANCETTI, A. et al. **Saúde e Loucura**. São Paulo: Editora Hucitec, 2ª ed., 1989.

LAPLATINE, F. **Antropologia da doença**. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1991.

LEAL, E. M.; DELGADO, P. G. G. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: In: PINHEIRO, R.; GULJOR, A. P.; SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Org.) **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007. p. 137-154.

LEANDRO, J. A. et al. Promoção da Saúde Mental: música e inclusão social no Centro de Atenção Psicossocial de Castro/PR. **Revista Conexão**. n. 3, v 1, 2007.

LINS, C. E.; OLIVEIRA, V. M.; COUTINHO, M. F. Clínica ampliada em saúde mental: cuidar e suposição de saber no acompanhamento terapêutico. **Rev C S Col**, [periódico na internet] 2007, jun. [Citado em 08 de Outubro de 2007]; [cerca de 13 p.]. Disponível em <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>.

LOUGON, M. **Psiquiatria Institucional: do hospício a reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 1,p. 13-43, 1997.

LUZ, M. T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2006. p. 9-20.

LUZ, M. T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais. São Paulo: Hucitec, 2003.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. **Interface (Botucatu)**. Botucatu, v. 10, n. 20, p. 281-298, 2005.

MACHADO, F. R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. As novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2006. p. 57-74.

MARAZINA, I. Trabalhador de saúde mental: encruzilhada da loucura. In: LANCETTI, A. et al. **Saúde Loucura Nº 1**. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 69-74.

MARCH, C.; FERNANDEZ, V. S.; PINHEIRO, R. Ampliando saberes e práticas sobre a formação em saúde: processos de inovação e caminhos para a transformação. In: PINHEIRO, R.; CECCIN, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.) **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005. p. 179-204.

MARCHI, M. M.; SZTAJN, R. Autonomia e Heteronomia na Relação entre Profissional de Saúde e Usuário dos Serviços de Saúde. **Bioética**, v. 6, nº 1, p.39-45, 1998.

MARTINEZ, M.C.; PARAGUAY, A.I.B.B. Satisfação e saúde no trabalho – aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. de Psicologia Social do Trabalho**. v. 6, p. 59-78, 2003.

MARX, Karl. **O capital**: crítica de economia política. 3. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1988.

MASCARENHAS, P. Supervisão, Múltiplas versões. Ensinando e aprendendo. In: LANCETTI, A. et al. **Saúde Loucura Nº 1**. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 61-68.

MATTOS R.A. Os sentidos da integralidade - algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO; 2006. p. 39-64.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20. n. 5. p- 1114-1416, set-out., 2004.

MATTOS, R. A. Direito, Necessidades de Saúde e Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em

equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 33-46.

MATUMOTO, S. **O acolhimento:** um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. Dissertação de Mestrado, Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1998.

MATURANA, H. **Cognição, ciência e vida cotidiana.** Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2001.

MELMAN, J. **Família e doença mental:** repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras Editora, 2006.

MENDES, V. L.F. **uma clínica no coletivo:** experimentações no Programa Saúde da Família. São Paulo: Hucitec, 2007.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde.** São Paulo: Hucitec; 1994.

MERHY, E. E. A micropolítica do trabalho vivo em ato: uma questão institucional e território das tecnologias leves. In: _____. **Saúde:** cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 115-133.

MERHY, E. E. Ato de Cuidar: alma dos serviços de saúde. In: _____ **Saúde:** cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002b. p. 115-133.

MERHY, E. E. Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In: MERHY, E. E.; AMARAL, H. (Org.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano II.** Campinas: Hucitec, 2007. p. 25-37.

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde In: MERHY, E. E; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 1997. p. 113-150.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 1997b. p. 71-112.

MERHY, E. E. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: MERHY, E. E.; AMARAL, H. (Org.) **A reforma psiquiátrica no cotidiano II.** Campinas: Hucitec, 2007. p. 55-66.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 15-35.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os

ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e coletivamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.) **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p.116-60.

MERHY, E.E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.4, n.2, p. 305-14, 1999.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec; 2002c.

MERHY, E.E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.** São Paulo, n.6, p.109-16, 1997.

MINAYO, Maria Cecília de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9 ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 14^a ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

MOSTAZO, R.; KIRSCHBAUM, D. I. R. Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.6, p.786-791, Nov./Dez., 2003.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P.. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 191-203, 2005 .

OLIVEIRA, F. B. **Construindo saberes e práticas em saúde mental**. João Pessoa: UFPB/Ed. Universitária, 2002.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. Tese de Doutorado. Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, 1998. 254p.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.

PELUSO, E. T. P.; BARUZZI, M.; BLAY, S. L. Psicoterapia de grupo e considerações sobre o paciente como agente da própria mudança. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 341-8, 2001.

PETO, A. C. Terapia através da dança com laringectomizados: relato de experiência. **Rev.latino-am.enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 35-39, dezembro 2000.

PETTENGILL, M. A. M.; ANGELO, M. Identificação da vulnerabilidade da família na prática clínica. **Rev. Esc. Enferm USP**. São Paulo, v. 40, n. 2, p. 280-5, 2006.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2006. p.65-112.

PINHEIRO, R. et al. Demanda em saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005b. p. 11-31.

PINHEIRO, R. Práticas de saúde e integralidade: as experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Experiências Inovadoras no SUS: relatos de experiências**. Brasília, 2002. p.15.

PINHEIRO, R.; CECCIN, R. B. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIN, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.) **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005. p. 13-35.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2006. p. 21-36.

PINHEIRO, R.; GULJOR, A. P.; SILVA JR., A. G. Necessidades e práticas na desinstitucionalização da clientela de longa permanência institucional: uma proposta avaliativa sobre a relação entre demanda e oferta de cuidado. In: PINHEIRO, R.; GULJOR, A. P.; SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Org.) **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007. p. 13-40.

PITTA, A. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2ª. ed. São Paulo. Hucitec, 2001.

POLETTI, P. C. **Intersetorialidade e a Clínica em Saúde Mental: construindo e ampliando redes para a inclusão**. Trabalho de Conclusão de Curso, UNICAMP, 2008.

RAMOS, M. Integralidade na atenção e na formação dos sujeitos: desafios para a educação profissional em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 207-221.

RÉE, J. **Heidegger. História e Verdade em Ser e Tempo**. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

RODRIGUES, J; BROGNOLI, F. F.; SPRICIGO, J. S. Associação dos usuários de um centro de atenção psicossocial: desvelando sua significação. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 240-245, 2006.

ROSSI, F. R.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 58, n. 3, p. 305-310, 2005.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. A Reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: _____ **Desinstitucionalização**. 2^a. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

SALLES, M. M.; BARROS, S. O caminho do doente mental entre a internação e a convivência social louco. **Imaginário**. São Paulo, v.12, n.13, p.397-418, dez. 2006.

SAMPAIO, J. J. C.; BARROSO, C. M. C. Centros de Atenção Psicossocial e equipes de saúde da família: diretrizes e experiências no Ceará. In: LANCETTI, A. et al. **Saúde Loucura Nº 7: Saúde Mental e Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 167-188.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, 2006.

SANTOS, A. M.; et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, 2007.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 42, n.1, p. 127-34, 2008.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A.; ALVES, M. G. M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 77-89.

SILVA JUNIOR, A. G.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2007. p. 115-130.

SILVA JUNIOR, A. G.; PONTES, A. L. M.; HENRIQUES, R. L. M. O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIN, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.) **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005. p. 93-110.

SILVA, M. B. B. Reforma, Responsabilidades e Redes: sobre o cuidado em saúde mental. **Rev C S Col**, [periódico na internet] 2007 [Citado em 02 de Agosto de 2008]; [cerca de 15 p.]. Disponível em <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>.

SILVA, M. B. B.. Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 127-150, 2005.

SILVA, M. F. M C. A importância da Inclusão Social dos portadores de necessidades especiais. **Revista Contato**. Set/Out. 2006.

SILVEIRA, A. R.; SILVEIRA, J. A. O ensino de cuidados primários em saúde mental sob o signo da desinstitucionalização. **Caderno IPUB**. Rio de Janeiro, n. 24, 2007. p. 109-112.

SILVEIRA, D. P. **Sofrimento Psíquico e Serviços de Saúde**: cartografia da produção do cuidado em saúde mental na atenção básica de saúde. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, 2003. 184p.

SOUSA, I. M. C.; VIEIRA, A. L. S. Serviços públicos de saúde e medicina alternativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, supl, p. 255-266, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TAVARES, C. A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial. **Texto Contexto Enferm**. v. 14, n. 3, p. 403-10, Jul-Set 2004.

TAVARES, C. M. M.. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 287-295, 2006.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.) **A construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2007 p.89-112.

TELES, M.L.S. **O que é depressão**. Brasiliense, São Paulo, 1992.

TENÓRIO, F. A Reforma Psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p. 25-29, jan.-abr. 2002.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001.

TRAESEL, C. A.; FRANCO, T. B. A construção da linha do cuidado do paciente portador de hepatite tendo em vista a integralidade. In: FRANCO, T. B. et al. **Acolher chapecó**: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 193-223.

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

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa social em ciências sociais:** A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.

TYKANORI, R. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. M. F. (Org.) **Reabilitação Psicossocial no Brasil.** São Paulo: Editora Hucitec, 1996.

VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B.; LACERDA, A. A qualidade do cuidado na convivência com pobres: o trabalho dos pastores e dos agentes comunitários de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção social da demanda:** direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. P. 267-278.

VASCONCELLOS, Erika Antunes; GIGLIO, Joel Sales. Introdução da arte na psicoterapia: enfoque clínico e hospitalar. **Estud. psicol. (Campinas).** Campinas, v. 24, n. 3, p. 375-383, 2007.

VIDAL, P. V. Projeto de trabalho sobre o conceito de grupo na obra de Guatarri e Deleuze. In: BAREMBLITT, G. **Grupos:** Teoria e técnica. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1986.

ZAGO, A. P.; RAMOS, C. C. P.; OKI, N. Unidade de atenção à crise: repensando a prática da internação em saúde mental. In: HARARI, A.; VALENTINI, W. (Org.). **A reforma psiquátrica no cotidiano.** São Paulo: Hucitec, 2001. p. 71-103.

ZOBOLI, E. Cuidado: práxis responsável de uma cidadania moral. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde:** o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2007. p. 63-78.

APÊNDICES

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



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
 PESQUISA: PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: significados e sentidos da prática clínica em Centro de Atenção Psicossocial.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TRABALHADORES DE NÍVEL SUPERIOR

O estudo pretende contribuir para a discussão sobre o cuidado em saúde mental. Os trabalhadores da área de saúde mental têm acumulado experiências na produção do cuidado, estabelecendo conexões intra e/ou interinstitucional por meio de algumas estratégias. Assim, a compreensão das práticas dos trabalhadores de saúde mental, efetivada nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), norteará uma discussão das práticas clínicas operadas pela equipe no processo de produção do cuidado em saúde.

A pesquisa tem como objetivo: **Analisar a produção da prática clínica desenvolvida pelos trabalhadores no CAPS de Fortaleza na produção do cuidado em saúde mental.** A pesquisa utilizará os seguintes métodos: entrevista semi-estruturada e observação sistemática das práticas.

Garante-se que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes, salientando que as informações serão sigilosas e que não haverá divulgação personalizada.

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

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

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

Fortaleza, CE, ___/___/___.

Assinatura do(a) Participante

Antonio Germane Alves Pinto
 Pesquisador - Mestrado/C. Clínicos em Saúde/UECE

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



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
 PESQUISA: PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: significados e sentidos da prática clínica em Centro de Atenção Psicossocial.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TRABALHADORES DE NÍVEL MÉDIO

O estudo pretende contribuir para a discussão sobre o cuidado em saúde mental. Os trabalhadores da área de saúde mental têm acumulado experiências na produção do cuidado, estabelecendo conexões intra e/ou interinstitucional por meio de algumas estratégias. Assim, a compreensão das práticas dos trabalhadores de saúde mental, efetivada nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), norteará uma discussão das práticas clínicas operadas pela equipe no processo de produção do cuidado em saúde.

A pesquisa tem como objetivo: **Analisar a produção da prática clínica desenvolvida pelos trabalhadores no CAPS de Fortaleza na produção do cuidado em saúde mental.** A pesquisa utilizará os seguintes métodos: entrevista semi-estruturada e observação sistemática das práticas.

Garante-se que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes, salientando que as informações serão sigilosas e que não haverá divulgação personalizada.

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

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

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

Fortaleza, CE, ___/___/___.

Assinatura do(a) Participante

Antonio Germane Alves Pinto
 Pesquisador - Mestrado/C. Clínicos em Saúde/UECE

APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista para os trabalhadores de saúde

| |
|----------------------------------|
| Entrevista |
| Data: ___/___/___ |
| Início: _____ |
| Término: _____ |
| Código do Entrevistado: _____ |

1. PRÁTICA CLÍNICA NA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

1.1. Percepção da produção do cuidado clínico na prática

1.2. Atividades desenvolvidas na produção do cuidado (individual e coletivo)

- Consulta individual;
- Grupos Terapêuticos;
- Palestras;
- Orientações;
- Visitas Domiciliares;
- Procedimentos (medicação, TA, curativos, dentre outros)

1.3. Relações estabelecidas entre os trabalhadores de saúde e os usuários no ato produtivo

1.4. Integração entre os serviços (CAPS – PSF)

1.5. Resolubilidade

- Entrada (atenção a demanda)
- Oferta
- Atenção terapêutica
- Resolução dos problemas apresentados através da demanda espontânea e organizada
- Conclusão e/ou inconclusão do projeto terapêutico

APÊNDICE D – Roteiro de Observação no Campo

| |
|----------------------------------|
| Observação |
| Data: ___/___/___ |
| Início: _____ |
| Término: _____ |
| Código do Entrevistado: _____ |

2. PRÁTICA CLÍNICA NA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

1.1. Percepção da produção do cuidado clínico na prática

1.2. Atividades desenvolvidas na produção do cuidado (individual e coletivo)

- Consulta individual;
- Grupos Terapêuticos;
- Palestras;
- Orientações;
- Visitas Domiciliares;
- Procedimentos (medicação, TA, curativos, dentre outros)

1.3. Relações estabelecidas entre os trabalhadores de saúde e os usuários no ato produtivo

1.4. Integração entre os serviços (CAPS – PSF)

1.5. Resolubilidade

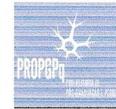
- Entrada (atenção a demanda)
- Oferta
- Atenção terapêutica
- Resolução dos problemas apresentados através da demanda espontânea e organizada
- Conclusão e/ou inconclusão do projeto terapêutico

ANEXOS

ANEXO – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UECE



Universidade Estadual do Ceará
 Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
 Av. Paranjana, 1700 Campus do Itaperi CEP. 60.740-000 Fortaleza-Ce
 Fone: 3299-2790
 E-mail: cep@uece.br



Título: – O cuidado em saúde/saúde mental: prática clínica de trabalhadores na atenção básica e CAPS

Processo No.07499026-8 Protocolo . N. - Folha de Rosto- 167189

Nome/pesquisador - Antonio Germane Alves Pinto

PARECER

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa numa perspectiva crítico-analítica e histórico-social. Será realizada em Fortaleza na SER-IV envolvendo como sujeitos de pesquisa os trabalhadores de uma das equipes do PSF e da equipe do CAPS Geral na citada regional. O numero de sujeitos será definido pela composição operacional das equipes de saúde sob investigação. Os procedimentos de coleta de dados constarão de entrevista semi-estruturada (modelo anexado ao projeto) e observação sistemática das práticas no PSF e no CAPS

O termo de consentimento é claro, objetivo e esclarece o direito a autodeterminação de participar ou não da pesquisa , a garantia ao sigilo e a ausência de risco para os sujeitos envolvidos . O projeto está bem estruturado e é relevante, havendo retorno sobretudo para as ações relacionadas as políticas publicas de saúde. O projeto atende aos ditames da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e, portanto, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará – CEP-UECE.

Maria Salete Bessa Jorge

Profª. Dra. Maria Salete Bessa Jorge

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará
 (UECE)