



Artigo Original

Análise do trabalho da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva dos usuários

Analysis of the team work of a Psychosocial Care Center from the perspective of users

Marcus Vinícius Deorristte dos Santos¹

Christine Wetzel¹

Agnes Olschowsky¹

Leandro Barbosa de Pinho¹

Luciane Prado Kantorski²

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul

² Universidade Federal de Pelotas

RESUMO – O trabalho em equipe vem correspondendo às demandas complexas geradas pelo campo da saúde mental, quando todos os atores se tornam protagonistas do cuidado no interior e no exterior dos serviços da rede. Este estudo tem por objetivo analisar o trabalho da equipe multiprofissional de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) a partir da perspectiva do usuário do serviço, apontando algumas características do modo de organização das práticas e de relação com os usuários que atendem. Trata-se de um recorte de um estudo avaliativo, com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, realizado em um CAPS do Estado de Santa Catarina. Os desafios impostos pelo novo modelo decorrem do uso de tecnologias relacionais, usuário-centradas, aliadas a metodologias de trabalho que organizem o serviço, o que evidencia diferentes contradições no processo de trabalho. Conclui-se que a reforma psiquiátrica sobrevive a partir do movimento de superação do engessamento e da cristalização, típicos do modo (ainda) dominante e excludente de ver, perceber, sentir e cuidar de determinados fenômenos da existência humana, como a loucura.

Palavras-chave: Serviço de Saúde Mental; Equipe de Assistência ao Paciente; Reforma dos Serviços de Saúde.

ABSTRACT – Teamwork corresponds to the demands generated by the complex field of mental health, when all the actors become protagonists of care inside and outside the network services. This study aims to analyze the multidisciplinary teamwork of a Psychosocial Care Center from the perspective of the user of the service, highlighting some features of the organizational practices and the relationship with the users they serve. This is a part of an evaluative study, a case study with a qualitative approach, conducted in a Psychosocial Care Center of the State of Santa Catarina. The challenges posed by the new model derived from the use of relational, user-centered technologies, together with methods of work that organize the service, which highlights various contradictions in the work process. It was concluded that the psychiatric reform survives from the movement of overcoming the crystallization, typical of the still dominant and exclusionary way of seeing, perceiving, feeling and caring for certain phenomena of human existence, such as madness.

Keywords: Mental Health Service; Patient Care Team; Health Care Reform.

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, importantes mudanças no contexto da saúde mental estão sendo vivenciadas. Tratam-se de transformações que repercutem no modo de organização dos serviços, na perspectiva atualizada (e ampliada) sobre o conceito de loucura, além de novas alternativas de assistência e cuidado.

No âmbito das práticas de saúde mental, essas transformações vêm delineando a existência de dois paradigmas clássicos, denominados de modo asilar e psicossocial. O modo asilar é aquele em que o hospital psiquiátrico é o local elegível de tratamento, com estrutura fechada, hegemonia médica e ênfase no orgânico, onde o indivíduo é visto apenas como um doente, não participando do tratamento e sendo

submetido ao isolamento familiar e social. Já no modo psicossocial, não se dá ênfase generalizada aos aspectos biológicos, mas consideram-se também os fatores políticos e biopsicossocioculturais. Com isso, o indivíduo torna-se o participante principal do seu tratamento, pertencente a um grupo familiar e social, tendo livre trânsito entre a população e, a sua disposição, diversos meios terapêuticos, como psicoterapias, laborterapias e socioterapias, além de uma série de dispositivos de reintegração

Autor correspondente

Leandro Barbosa de Pinho

Escola de Enfermagem

Universidade Federal do Rio do Grande do Sul

Email: lbpinho@uol.com.br

Artigo recebido em 30/10/2010

Aprovado em 22/11/2010

sociocultural¹.

Com a reforma psiquiátrica e o paradigma psicossocial, nasce uma nova maneira de encarar determinados fenômenos da vida, de forma a tornar visível (e perceptível) aquilo esquecido pelas amarras das correntes e do sofrimento. A reforma, como modelo, movimento e processo de ressignificação de indivíduos, políticas, saberes e instituições, trouxe ao mundo novas perspectivas de sociabilidade e dignidade aos indivíduos com transtornos mentais, elevando-os à condição de cidadãos. Independentemente das diferenças que os separam, recaí sobre a sociedade um novo desafio, que é justamente saber (e aprender) a lidar com aquelas pessoas que foram, durante séculos, segregadas e maltratadas. Indivíduos que precisam ser protegidos de todo um sistema de violência, autoridade vertical e de disciplina, com o subterfúgio da correção dos vícios e dos desvios relacionados à insanidade²⁻⁴.

Diante do quadro de transformações no campo da saúde mental e da ampliação do entendimento sobre a loucura, reconhece-se a necessidade de ampliação da oferta e capacidade dos serviços, articulados em rede. Também se reconhece a necessidade de transformação das características da equipe, organizada de maneira multiprofissional e com abordagem interdisciplinar.

Dentro dos CAPS, como serviços estratégicos no processo de reforma psiquiátrica brasileira e segundo a Portaria 336/2002 que os regulamenta no âmbito do Sistema Único de Saúde, a equipe é composta por uma série de profissionais de diversas áreas do conhecimento, tais como enfermagem, medicina, psicologia, educação física, nutrição e serviço social. São profissionais que buscam desenvolver atividades conjuntas e de forma integrada, com processo de trabalho centrado nas demandas do usuário. Isso quer dizer que a lógica é inversa àquela hospitalar, onde o foco é a doença e o doente, para torna-se cenário de múltiplas oportunidades, trocas e diálogos⁵⁻⁶.

Assim, o trabalho em equipe vem correspondendo às demandas complexas geradas pelo campo da saúde mental, quando todos os atores se tornam protagonistas do cuidado no interior e no exterior dos serviços da rede. É baseado nesse protagonismo que este estudo se sustenta, tendo como objetivo analisar o trabalho da equipe multiprofissional de um CAPS a partir da perspectiva do usuário do serviço, apontando algumas características do modo de organização das práticas focadas no usuário.

2. METODOLOGIA

Este estudo trata-se de um recorte de uma pesquisa intitulada “Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (CAPSUL)”, que avaliou esses serviços e também os considera como protagonistas do processo de consolidação da reforma psiquiátrica brasileira. O CAPSUL avaliou os CAPS dos três estados através de um projeto que se desdobrou em um estudo qualitativo e um estudo quantitativo.

Na proposta quantitativa, objetivou-se investigar aspectos de estrutura, processo de trabalho e resultados dos CAPS, ouvindo usuários, familiares, trabalhadores e coordenadores dos serviços nos três estados.

Na parte qualitativa do projeto, com a qual este estudo se articula, foram aplicadas entrevistas semiestruturadas e observações de campo, no intuito de compreender o cotidiano dos serviços. A estratégia metodológica utilizada foi o Círculo Hermenêutico-Dialético⁷, organizado a partir da participação da equipe, usuários e familiares, buscando apreender a sua dinâmica, a forma como os atores interagem e os sentidos que constroem em relação à própria prática.

Este recorte do CAPSUL foi desenvolvido em um Centro de Atenção Psicossocial do Estado de Santa Catarina. Utilizou a entrevista semiestruturada como técnica de coleta de dados. Foram entrevistados 10 usuários de um CAPS. Todos os sujeitos que participaram deste estudo foram informados dos objetivos, esclarecidos quanto às questões de anonimato e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Para preservar a identificação dos entrevistados, utilizamos a letra U, seguindo-se do número que corresponde à ordem das entrevistas.

Para a realização deste estudo, o projeto foi inicialmente submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, recebendo parecer favorável ao seu desenvolvimento (Of. 074/05 de 11 de novembro de 2005).

A análise foi feita de acordo com a natureza dos dados produzidos. A pesquisa produziu dados derivados dos textos gerados a partir das transcrições literais das fitas de áudio gravadas durante as entrevistas. A intenção inicial era proceder a uma leitura geral dos textos gerados pelas mesmas, para uma primeira sensibilização. Após, realizamos várias releituras, procurando mergulhar naquilo que havia sido dito pelos informantes.

Aos poucos, fomos identificando os diferentes componentes das mensagens transmitidas. Dessa

forma, foi possível ir percebendo os elementos em comum, as contradições e os temas sistematicamente silenciados. De posse dessas informações, foi possível chegar a um primeiro conjunto de temáticas, sendo uma delas a análise da perspectiva do usuário sobre o trabalho da equipe de saúde mental.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do trabalho da equipe na perspectiva do usuário possibilitou chegar a dois eixos centrais de discussão. O primeiro trata das tecnologias leves como recurso na interação com o usuário e o segundo trata da organização das práticas do serviço, de acordo com essa modalidade multiprofissional e interdisciplinar, centrada no indivíduo. Procuramos apontar alguns questionamentos que fazem parte do cotidiano das equipes, mostrando dissonâncias e congruências do trabalho em saúde mental.

3.1. As tecnologias leves como recurso na interação com o usuário

As tecnologias carregam a expressão das relações entre os homens e entre os objetos sob os quais trabalham. O significado dessa tecnologia não se restringe ao conjunto de instrumentos materiais do trabalho, mas sim se amplia para os saberes e seus desdobramentos materiais e não materiais na produção de serviços de saúde⁸.

Inclui-se na definição de tecnologia todos aqueles saberes utilizados na produção de resultados singulares nos serviços de saúde, bem como os saberes que operam para organizar as ações humanas e inter-humanas nos processos produtivos. Sendo assim, é possível classificá-las em três tipos: tecnologias duras, leve-duras e leves. As primeiras seriam os equipamentos, as máquinas, e que encerram trabalho morto, fruto de outros momentos de produção; dessa forma, conformam em si saberes e fazeres bem estruturados e materializados, já acabados e prontos. As segundas seriam aquelas referentes aos saberes agrupados que direcionam o trabalho, são as normas, os protocolos, o conhecimento produzido em áreas específicas do saber, como a clínica, a epidemiologia, o saber administrativo e outros; caracterizam-se por conterem trabalho capturado, porém com possibilidade de expressarem trabalho vivo. Já as terceiras, são aquelas produzidas no trabalho vivo em ato, ou seja, que condensam em si as relações de interação e subjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização⁹.

Em se tratando de processos de trabalho em saúde e, mais especificamente de saúde mental, com o processo de reforma psiquiátrica, as tecnologias leves, antes esquecidas atrás dos muros do manicômio, retornam para o cenário da prática. São esses recursos que remarcam o protagonismo de uma nova relação no contexto da saúde, desta vez usuário-centrada. Escondidos no arquétipo da “doença”, o acolhimento, o vínculo e a escuta sensível ressurgem como possibilidades de revitalização do cuidado, de valorização da singularidade do usuário e também de problematização do próprio elenco de competências e habilidades do profissional de saúde mental¹⁰.

É possível identificar, no discurso de alguns usuários, a presença destas tecnologias leves no trabalho da equipe profissional, como sendo um recurso importante atrelado aos indicadores de qualidade do serviço. Nos relatos a seguir, podemos perceber a importância do acolhimento e do vínculo para o usuário, quando menciona que estar no serviço é como se estivesse na sua própria casa:

(...) o pessoal sempre me respeitou, adoro todos os pessoais daqui e não tenho o que me queixar daqui. Aqui é como se fosse uma casa minha, assim, deles, se eu tivesse morando com eles. É um céu assim, parece um paraíso para mim, não tenho o que me queixar (...) (U5)

Ah eu acho maravilhoso! É como se eu fosse estar dentro da minha casa. As pessoas, eles cuidam da gente (...) (U10).

Aqui eu encontro uma fortaleza que me ajuda. Todos eles aqui são queridos, sabe? Não sei como eles têm tanto para dar assim ao lado de todos nós, sabe? Incrível! (U7).

O fato dos usuários sentirem-se “em casa”, mesmo quando circulam no serviço de saúde, têm uma importância fundamental para problematizar a inserção do acolhimento e do vínculo como tecnologias de cuidado em saúde mental. De um lado, facilitam a inclusão das pessoas no contexto do serviço de saúde, além de permitirem a organização das práticas em torno das necessidades delas. De outro, são recursos tecnológicos que despertam aquilo que há de mais sublime no ser humano, que é o seu lado afetivo, o carisma, a atenção, a conversa, a solidariedade, o respeito e a receptividade com o outro.

Se o acolhimento é visto como a “mola-mestra” de toda uma lógica tecnoassistencial, e mesmo como um dispositivo indispensável para o bom desempenho da rede de saúde, não seria um equívoco considerar

que essa rede é formada por “conversas”. Conversas que se entrecruzam, que “convidam” o usuário a incluir-se, que “acolhe” as suas demandas e permite-o transitar pela rede. Pode-se considerar, portanto, que o dispositivo do acolhimento enseja não somente essa articulação, mas também para a construção de autênticos espaços coletivos de trocas e singularidades¹¹.

Nesse sentido, concordamos com U7 quando afirma ser incrível a capacidade do serviço de servir como “retaguarda afetiva” ao outro. No entanto, parece-nos que o potencial do CAPS de produzir saúde vai além disso, evidenciando também a flexibilidade da equipe de entender e compreender as limitações e potencialidades do ser humano. Até porque, produzir saúde não se resume à descoberta de um problema, mas se reporta às dimensões mais singulares do indivíduo, que é a sua necessidade de estabelecer laços afetivos, de solidariedade e de confiança.

Assim, parece-nos que o CAPS vem configurando-se como um cenário de multiplicidades, como um laboratório que incentiva e valoriza a “polaridade dinâmica da vida”¹². O CAPS, ao se apropriar dessas tecnologias – ou a equipe desses serviços se apoderando delas – vem tornando material aquilo que era ideal, ou seja, o quanto é importante ser bem acolhido e recebido pelas pessoas em todo e qualquer espaço, e isso já vem ao encontro de nosso entendimento do que seja o começo de uma genuína relação de cuidado em saúde mental, como preconizado pela reforma psiquiátrica.

Apesar do potencial do CAPS em se servir de tecnologias que humanizam o atendimento em saúde mental, ainda há uma série de barreiras que dificultam ou impedem a boa convivência entre usuários e profissionais. Os usuários apontam como uma delas o próprio perfil para trabalhar em saúde mental, pois, segundo eles, nem todos os profissionais seriam indicados para trabalhar com as diversas demandas dos usuários:

(...) tem pessoas ali dentro do CAPS que precisam se aperfeiçoar mais na profissão deles (...) tem pessoas ali que, eu acho, não é adequada para te ajudar (...) ela não tem aquela coisa dela assim de ter paciência, de escutar. A pessoa, às vezes, é grosseira, ela se irrita (...) Tem que vê qual pessoa vai entrar (...) (U4).

(...) tinha uma estagiária (...) não sei qual o padrão que a faculdade ensina para um profissional na hora de atender um paciente. Só que isso para mim, me senti assim, oh, não uma frieza, mas achei que ela estava um pouco intimidada (...) (U8).

Os depoimentos dos usuários ajudam a problematizar as práticas da equipe do CAPS. Uma das preocupações diz respeito ao fato de que nem todos teriam condições ou capacidade para escuta e vínculo, uma premissa fundamental para a revitalização da dimensão cuidadora em saúde mental.

O profissional também precisa de preparo técnico-científico para criar com o usuário uma espécie de vínculo. E para um bom exercício dessa inter-relação, o profissional de saúde deve demonstrar comprometimento com a realidade do usuário, ser autêntico, sincero e empático. Isso quer dizer que é importante o profissional estar disponível para imergir na vida do sujeito, compartilhar suas experiências e vivências, a fim de que possa respeitá-lo por inteiro. É importante perceber aquilo que mobiliza os nossos recursos internos, principalmente quando são complementares e contraditórios, e aprender a trabalhar com eles¹³.

O ser humano é naturalmente formado por um conjunto de sentimentos. Quando falamos de trabalho em saúde mental, estamos entrando num terreno que exige a mobilização de diferentes recursos internos do indivíduo. Muitas vezes, esses recursos internos se misturam às expectativas, às dificuldades de relacionamento com o outro, à compaixão pela sobrecarga da família, à fala incompreendida ou, até mesmo, à incompreensão concreta com o modo de viver do diferente. É isso que caracteriza a pluralidade do cuidado em saúde mental, e cabe à equipe trabalhar com essas questões no cotidiano, seja entre ela ou com a parceria dos próprios usuários.

No entanto, muitas vezes desenvolvemos uma ilusão de um profissional perfeito, que deve estar atento, disponível, deve escutar, ouvir, dialogar, interagir, incluir, respeitar, acolher e cuidar. Deve compreender os usuários, as demandas da família e fazer as conexões precisas entre serviço, sistema e comunidade. Atitudes externas e contrárias a isso são entendidas pelos usuários como lacunas causadas pelo despreparo e pela inércia do serviço em selecionar profissionais com perfil adequado:

(...) ela foi organizar uma quadrilha, não sei muito, não saberia que é organizar, mas um ano desses atrás, ela foi organizar quadrilha, começou a gritar, gritar, espernear (...). Então acho que o pessoal devia, assim, fazer uma entrevista, bem com a pessoa. (...) Então eu faço algumas críticas, assim, esses dias fiz uma crítica de uma universitária que veio aqui. Eu acho que o número de funcionários está ótimo. Só que acho que deveriam investir um pouco na qualidade. (U8)

Em um estudo desenvolvido no mesmo CAPS, apontou-se um contraste entre os profissionais que estão há mais tempo no serviço – geralmente concursados – e os profissionais mais recentes, com contratos provisórios, que não possuem experiência e, muitas vezes, são incorporados sem a devida preparação. Isto ocorre porque existem no município processos de contratação de pessoal diversos, mediante concurso público ou processo seletivo especial. Através de contratos temporários, por exemplo, para suprir uma necessidade emergencial, há entrada de profissionais que nem sempre apresentam experiência para o trabalho em saúde mental. Isso vai gerando certas dificuldades na sistematização de conhecimentos e de práticas, carecendo acompanhamento sistemático e treinamento específico do trabalhador¹⁰.

É preciso entender que não há, em saúde mental, cotidianos estáveis ou regulares. Há pessoas com características distintas, com perfil para algumas atividades, e não todas. Estamos falando de contextos incertos, de realidades imprecisas, que mudam com frequência e mobilizam diferentes recursos tecnológicos dos profissionais. Se para os profissionais pode ser complicada essa adaptação, para o usuário isso pode ser interpretado como sinônimo de baixa qualidade do serviço.

Nesse caso, entendemos que o uso de tecnologias de cuidado vai se moldando conforme a configuração do processo de trabalho das equipes e das necessidades apontadas pelos usuários. Se por um lado existe a intenção de tornar concreto algo inteiramente subjetivo, é preciso compreender que acolher, cuidar e interagir são fenômenos relacionais que estão sempre em movimento, devendo ser problematizados diariamente no interior do CAPS e entre todos os agentes sociais envolvidos (usuários, familiares, gestores e equipe).

3.2. O desafio da organização das práticas no serviço substitutivo

Na perspectiva de ampliação do objeto de intervenção proposto pela Reforma Psiquiátrica, o trabalho na saúde mental apresenta diferentes facetas, havendo necessidade de redesenhar os instrumentos de trabalho e modificar as práticas terapêuticas. Trata-se de uma transformação substantiva e que incorpora perfis antes atípicos para a equipe, como artistas plásticos, professores de educação física, de português, entre outros. Na medida em que se amplia o foco na cura para o da reinserção social do indivíduo em sofrimento mental, há a necessidade de ampliar

também a capacidade e as características que compõem a própria equipe de saúde¹⁴.

Um dos recursos incorporados nas práticas terapêuticas dos CAPS, e que vem sendo apoiado pelo Ministério da Saúde, é a utilização do Terapeuta de Referência (TR).

O Terapeuta de Referência (TR) é o profissional da equipe que terá sob sua responsabilidade monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, definindo e redefinindo, por exemplo, as atividades e a frequência de participação no serviço. Além disso, também é responsabilidade do TR o contato com a família e a avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, dialogando com o usuário e com a equipe técnica do CAPS¹⁵.

O Terapeuta de Referência, ou como é chamado no CAPS estudado, Técnico de Referência, aparece no discurso dos usuários, revelando a importância da implementação deste dispositivo para a continuidade e desenvolvimento do seu tratamento:

(...) já tentei ganhar alta, mas eu fiquei ruim, daí a minha técnica fez eu continuar o tratamento (...) (U9).

Olha, depois que eu comecei a ficar mais calmo, que eu conversei bastante com [nome do profissional], ela está me dando uma grande força profissional, e como amiga. Eu falei pra ela sobre minha homossexualidade, então eu estou indo para igreja (...) Ela diz: “tu tem que pensar em ti primeiro, na tua saúde, não te trancar pra fazer as coisas que tu tem vontade de fazer. Vai fazer (...) (U2)

(...) com o passar do tempo eu fui me desenvolvendo, com a ajuda da minha técnica, sempre, desde o início com a ajuda da minha técnica, ela tem sido a minha fonte de vivência aqui no CAPS (...) (U1).

De forma geral, o profissional que acolhe o usuário no serviço tende a ser uma referência para ele. Esse profissional poderá seguir sendo o Terapeuta de Referência, embora a referência central seja a equipe como um todo. Nesse caso, o TR atua como suporte para as situações mais agudas, como nas crises, nas demandas com a família, nas dificuldades relacionais ou até nas orientações mais pontuais sobre rotinas e hábitos de vida cotidiana.

Nas falas de U1 e U9, pode-se perceber que foi estabelecida uma relação de confiança entre eles e seus Técnicos de Referência, e como estes profissionais são capazes de atuar no seu tratamento, através de acolhimento, aconselhamento e

compartilhando a tomada de decisão com os usuários. Tratam-se de um “porto seguro”, isto é, como se fossem amigos, com quem podem contar para confiar os problemas do cotidiano.

Essa pode ser uma das muitas mudanças introduzidas no contexto brasileiro com a reforma psiquiátrica. Pressupõe-se que o terapeuta de referência seja não apenas aquela pessoa que serve como referência para o usuário, mas como um dispositivo que busca, dentro da equipe multidisciplinar, fortalecer a formação de vínculo e responsabilização, de forma que o usuário e suas demandas não fiquem dispersos no cotidiano do CAPS.

O profissional, em seu papel de referência, não é responsável pela execução de todas as atividades previstas no projeto terapêutico, mas deve estar ciente e acompanhar, ainda que à distância, a evolução do paciente no curso das atividades. O que caracteriza o papel de referência é o de um profissional tomar para si o encargo de planejar, acompanhar e avaliar o conjunto de ações terapêuticas que deverão potencializar o processo de reabilitação psicossocial daquele paciente. Temos a expectativa de que a responsabilização e o vínculo sejam uma das decorrências dessa forma de trabalho¹⁶.

A figura do Terapeuta de Referência (TR) nas práticas do CAPS parece ser importante para todos, ao mesmo tempo em que sentida, quando há rompimento do vínculo com o usuário. Sendo esse vínculo talvez a característica fundamental que sustenta a adesão do indivíduo e a sua trajetória no serviço, a ausência do terapeuta de referência traria sérios prejuízos para a continuidade do tratamento no CAPS.

A rotatividade dos profissionais no município nos últimos anos, resultado da política mista de contratação de funcionários, como já mencionado anteriormente, pode ser apontada como uma das causas da precária efetivação de vínculo entre o profissional e o usuário, ou também na geração de vínculos interpessoais superficiais, que resultam em instáveis relações de confiança emocional.

Muitas vezes, essa troca de TR durante a execução do plano terapêutico do usuário prejudica a compreensão do mesmo e também força determinados encontros que nem sempre são esperados pelos usuários. U8, a seguir, destaca a figura

do técnico do diaⁱ, como uma alternativa para a resolução de problemas imediatos apresentados pelo usuário, na ausência do TR:

(...) só que agora, essa hora, tem que procurar o técnico do dia. Geralmente se tem um técnico específico, a gente vai, conversa, conta como se sente. Mas se é um técnico do dia, cada dia vai ser um técnico diferente, aí se torna um pouco mais complicado. (U8)

Para os profissionais do CAPS, parece fácil entender que a organização perpassa um modo de operar voltado para a dimensão multi e interdisciplinar do trabalho em saúde mental. Isso quer dizer que os atendimentos devem ser conduzidos por pessoal com formação diferenciada, mas trabalhando em conjunto, onde todos sabem de tudo e de todos, acompanhando sistematicamente os usuários e havendo participação coletiva nas decisões sobre continuidades ou mudanças no plano terapêutico do usuário. Nesse sentido, deslocam-se papéis e criam-se outros, como a figura do técnico do dia, responsável pelo atendimento das demandas gerais apresentadas por todos (usuários, familiares, serviço, demanda externa, equipe) no seu turno de plantão, o que consideramos um avanço no contexto estudado.

No entanto, para o usuário que já frequenta o serviço, esse modo de organização das práticas muitas vezes pode ficar confuso. Isso porque há duas questões importantes (e que podem deixar de ser complementares) nesse processo de trabalho: uma diz respeito à relação da equipe com o usuário e a outra a relação do usuário com a equipe. Na primeira, parece que a equipe se concentra mais na organização do serviço – uma dimensão “macro” –, que é dominada pelas rotinas, pelas regras e pelos protocolos. Caso analisemos sob o ponto de vista do usuário, parece ser o vínculo e a relação de confiança na pessoa que orientam o trânsito do usuário no serviço, situando-se numa dimensão mais “micro”. O desafio que se impõe às equipes e aos serviços no contexto de reestruturação da assistência psiquiátrica é justamente articular essas duas dimensões, impedindo seu afastamento.

ⁱ Em cada turno, a equipe se organizava em torno de uma escala, de forma que ficasse um profissional disponível para o atendimento da demanda espontânea (acolhimento). Esse profissional, chamado “técnico do dia”, assumia, nesse dia, nenhuma atividade específica ou atendimento. Era responsável por coordenar a reunião diária de equipe (“passagem de plantão”), realizada no horário das 12 às 13h, tendo por objetivo propiciar um encontro entre os profissionais dos dois turnos, além de discutir determinados casos que merecessem maior atenção por parte de todos.

Percebemos que, nos serviços substitutivos de saúde mental, deve-se pensar sim na organização das práticas como elemento de gestão dos serviços, mas entender que nessa organização também perpassa a compreensão de elementos singulares que fazem parte da vida humana, como o vínculo, o interesse, o acolhimento e o diálogo. O cotidiano mutante do CAPS pressupõe a problematização constante de alternativas que não engessem o serviço, assim como o uso de instrumentos que transversalizem a organização, as rotinas, o atendimento e o contato com usuários e famílias, que também são protagonistas em saúde mental.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pudemos perceber, nos depoimentos dos usuários, o quanto eles depositam suas esperanças e expectativas na convivência e no bom atendimento prestado pela equipe do CAPS.

Foi possível analisar elementos relacionados ao uso de novos recursos terapêuticos, como as tecnologias leves, como ferramentas potencializadoras de cuidado no campo da saúde mental. Além disso, foi possível identificar e problematizar o cotidiano do serviço e o modo de organização das práticas, bem como alguns desafios inerentes à organização da equipe de saúde mental.

Este estudo buscou apontar caminhos para repensar cotidianamente a prática em saúde mental nos serviços substitutivos, que são naturalmente inovadores apenas pelo fato de existirem. Espera-se que as reflexões contidas neste estudo possam contribuir para a consolidação de propostas de superação do engessamento e da cristalização, típicos do modo (ainda) dominante e excludente de ver, perceber, sentir e cuidar de determinados fenômenos da existência humana, como a loucura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P (org). Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p.141-68.
- Szmukler G, Holloway F. Reform of the mental health act: health or safety? Br J Psychiatry 2000; 177(sn):196-200.
- Amarante P. A clínica e a reforma psiquiátrica. In: Amarante P (org). Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau; 2003. p.45-65.
- Basaglia F. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond; 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental 1990-2004. Brasília; 2004.
- Silva ALA, Fonseca RMGS. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. Rev Latino-Am Enferm 2005; 13(3):441-449.
- Guba E, Lincoln Y. Fourth Generation Evaluation. Newbury Park: Sage Publications; 1989.
- Gonçalves RBM. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/ABRASCO; 1994.
- Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R (org). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 2006. p.71-112.
- Pinho LB. (Tese). Análise crítico-discursiva da prática de profissionais de saúde mental no contexto social da reforma psiquiátrica. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.
- Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA (org). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO; 2003. p.89-111.
- Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2000.
- Rogers C. Terapia centrada no cliente. São Paulo: Martins Fontes; 1992.
- Oliveira AGB, Alessi NP. Superando o manicômio? : Desafios para a construção da reforma psiquiátrica. Cuiabá: EdUFMT; 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- Furtado JP. Um método construtivista para avaliação em saúde. Cien Saude Colet 2001; 6(1):165-181.