

Avaliação qualitativa do processo de trabalho em um centro de atenção psicossocial no Brasil

Leandro Barbosa de Pinho,¹ Luciane Prado Kantorski,²
Christine Wetzel,¹ Eda Schwartz,² Celmira Lange²
e Juliana Graciela Vestena Zillmer²

Como citar

Pinho LB, Kantorski LP, Wetzel C, Schwartz E, Lange C, Zillmer JGV. Avaliação qualitativa do processo de trabalho em um centro de atenção psicossocial no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2011; 30(4):354-60.

RESUMO

Objetivo. Este estudo teve por objetivo avaliar o processo de trabalho em um centro de atenção psicossocial. Procuramos apontar questionamentos, lacunas, falhas, potencialidades e experiências compartilhadas pelos protagonistas que fazem a saúde mental no cotidiano do serviço (usuários, familiares e profissionais de saúde).

Métodos. Estudo de avaliação, de natureza qualitativa, que utilizou como referencial teórico-metodológico a avaliação de quarta geração.

Resultados. Observamos algumas características fundamentais que revelam o modo de organização do processo de trabalho em saúde mental, na visão dos grupos de interesse investigados. Destacam-se a utilização de tecnologias de cuidado inclusivas, além de mecanismos de gestão do cuidado em equipe pautados na interdisciplinaridade e centrados no usuário.

Conclusões. Os resultados contribuem para uma re-leitura do processo de consolidação da reforma psiquiátrica no contexto brasileiro, de modo a problematizar o fazer, o saber, os objetivos, filosofias e também o objeto de trabalho em saúde.

Palavras-chave

Serviços de saúde mental; avaliação de serviços de saúde, Brasil.

Temos testemunhado nos últimos anos importantes avanços no contexto das políticas públicas de saúde brasileiras, fruto de um intenso processo de mobilização social que se chamou de movimento da reforma sanitária. Entendida como um processo que culminou com a conformação de uma nova ordem social

no contexto da saúde, a reforma sanitária vem ajudando na discussão e problematização da importância da participação das diferentes esferas do setor produtivo em saúde, deslocando e mobilizando diferentes protagonistas desse setor (usuários, familiares, movimentos sociais, trabalhadores, parcerias intersetoriais e serviços de saúde).

A reforma sanitária é concebida como uma vitória para a constituição do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), especialmente quanto à intenção de se construir um sistema que possa ser justo e universal. A reforma compreende um

campo aberto e mutante, um novo paradigma, pelo qual há um interessante, poderoso e multifacetado movimento social em defesa da opinião pública e do bem-estar das pessoas. A reforma sanitária já representa uma conquista porque ela não somente reformou o sistema, mas reformulou a visão sobre a saúde e a revelou como uma questão social complexa (1).

No escopo das transformações no campo da saúde, destaca-se o movimento da reforma psiquiátrica, como um esforço contínuo de atores e protagonistas sociais por mudanças na forma de encarar a loucura como fenômeno da vida,

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, Brasil.

² Universidade Federal de Pelotas, Faculdade de Enfermagem, Pelotas, Brasil. Enviar correspondência a: Juliana Graciela Vestena Zillmer, juzillmer@gmail.com

que deve ser vivido e cuidado no contexto da sociedade, e não fora dela (2). A reforma psiquiátrica, nesse sentido, corresponde a um intenso movimento que não se esgota, pois busca a progressiva desmontagem de todo um aparelho psiquiátrico repressor, fruto de uma visão cartesiana e reducionista da vida, que segregava o sujeito, impede o seu crescimento e que desta forma impossibilita as trocas simbólicas.

Respeitando as diferenças culturais, sociais, políticas e geográficas que existem no Brasil, pode-se dizer que a reforma psiquiátrica vem, a cada dia, possibilitando a consolidação de uma maneira ampliada de ver e trabalhar com o transtorno mental. Começou como uma iniciativa de pequenos grupos militantes paralelos à reforma sanitária para depois converter-se em uma política nacional com o Projeto de Lei 3.657/89, modificado e aprovado em 2001 após 12 (doze) anos de tramitação no Congresso Nacional. Mesmo assim, alguns Estados da Federação já avançavam na constituição de suas políticas setoriais de saúde mental e o próprio Ministério da Saúde já se adaptava aos poucos a essas mudanças, com a publicação de instrumentos normativos e reguladores da rede (3).

Este estudo tem como objetivo avaliar as características e os modos de organização do processo de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

MÉTODOS

Referencial teórico-metodológico

Este estudo constituiu um recorte de um estudo de avaliação qualitativa de centros de atenção psicossocial que utilizou, como referencial teórico-metodológico, a avaliação de quarta geração (4-6).

A avaliação de quarta geração é uma forma de avaliação responsiva, em que as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse servem como foco organizacional (a base para determinar que informação é necessária), e é implementada através dos pressupostos metodológicos do paradigma construtivista. O termo responsiva é usado para designar uma forma interativa de negociação, redefinindo seus parâmetros e limites: nos modelos tradicionais, eles são definidos a priori. O termo construtivista é usado para designar a metodologia empregada para reali-

zar a avaliação e tem as suas raízes em um paradigma de pesquisa que é alternativo ao paradigma científico tradicional, de caráter positivista, naturalmente neutro, distante e imparcial (4).

Baseado nas características conceituais e filosóficas do paradigma construtivista, foi proposta a utilização, como dispositivo metodológico, o Círculo Hermenêutico-Dialético (4, 6). É hermenêutico porque tem caráter interpretativo, e dialético porque implica comparação e contraste de diferentes pontos de vista, objetivando um alto nível de síntese. O objetivo foi alcançar um consenso quando possível; quando não foi possível, o processo expôs e esclareceu as diferentes visões, levando a construção de uma agenda de negociação. Quando o processo alcançava êxito, todas as partes (incluindo o pesquisador que conduziu a aplicação do dispositivo) ficavam responsáveis pela reconstrução das construções iniciais. Todas as partes foram, portanto, educadas e desenvolvidas ao mesmo tempo.

A trajetória metodológica

Trata-se de um recorte da avaliação qualitativa feita no CAPS de Joinville, localizada no Estado brasileiro de Santa Catarina. Situada a nordeste do Estado e distante 180 km da capital Florianópolis, Joinville é a mais populosa cidade de Santa Catarina, com aproximadamente 500.000 habitantes. O CAPS estudado foi credenciado pelo Ministério da Saúde em 2001, iniciando suas atividades em 2002. Oferece atendimento diário, intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, sendo referência no município. No período de coleta de dados, estavam admitidos cerca de 160 usuários.

A coleta de dados foi realizada por cinco equipes de pesquisadores com experiência prévia em trabalho de campo em estudos qualitativos. Cada equipe de pesquisadores foi deslocada para um município em específico, onde permaneceu por quatro semanas.

Os grupos de interesse selecionados para o estudo foram os usuários do serviço psiquiátrico, familiares de usuários do serviço e integrantes da equipe de saúde mental, por entender que se configuram nos principais protagonistas das ações de saúde mental no serviço.

Utilizamos a entrevista semi-estruturada, aplicada a 10 usuários, 10 familiares e 18 integrantes da equipe.

Da equipe as seguintes especialidades foram incluídas no estudo: médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, auxiliares de serviços gerais, vigilantes e auxiliares administrativos. Os fragmentos de relatos de familiares, profissionais e usuários deste estudo traduziram a linguagem falada dos sujeitos, por ocasião da pesquisa de campo, e suas formas foram preservadas, sem qualquer correção ortográfica.

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). Para preservar o anonimato, utilizamos a letra U para identificar os usuários, a letra F para os familiares e a letra E para a equipe, seguindo-se do número que corresponde à ordem das entrevistas.

Mediante o processo de análise dos dados empíricos, foram delimitadas questões (unidades de informação), agrupadas em núcleos temáticos mais amplos, e que possibilitaram construir os marcadores qualitativos da avaliação. Todos eles foram, posteriormente, reunidos em eixos temáticos. Esses eixos surgiram das incessantes leituras e releituras dos dados qualitativos, reunidos por núcleos de significados. A partir do agrupamento sistemático dos núcleos de significados, chegou-se a um deles, que trata do processo de trabalho em saúde mental.

RESULTADOS

Os resultados encontrados foram divididos a partir dos grupos de interesse. Alguns questionamentos em comum possibilitaram um confronto desses resultados que são apresentados na discussão.

Grupo de interesse — Usuários

O que marcou o processo avaliativo do grupo dos usuários foi a dedicação dispensada pelos profissionais às suas demandas. Muitos deles afirmaram que as relações interpessoais chegam a atingir um nível de amizade, com respeito e educação:

“Aqui é bom porque você, qualquer coisa que você tiver, que você sentir, você chama uma das enfermeiras [...]”

Tudo que eu quero, tudo que eu preciso é com elas que eu falo [...]” (U1)

“(...) porque toda vez que eu precisei de alguém (...) conversaram comigo (...) Quando eu precisei, conversaram com paciência” (U9).

“[...] ela está me dando uma grande força profissional e, como amiga, eu falei pra ela sobre minha homossexualidade [...]” (U10).

Grupo de interesse — Familiares

O grupo de familiares, ao avaliar o trabalho realizado pela equipe, considerou-o, de uma forma geral, muito bom. Ressaltaram o trabalho de alguns profissionais, com os quais tinham maior proximidade:

“Porque tem que ter paciência, tem que ter carinho, tem que ter muita coisa que é mais do que profissional, que uma coisa é você simplesmente seguir aquilo que você aprende na faculdade. Outra coisa é você seguir aquilo que aprendeu na faculdade e olhar para um senhor idoso como se ele fosse seu pai e tratar ele muito bem e eu acho que acontece bastante aqui. Aquele carinho, aquele sorriso que elas dão pra pessoa quando encontram na rua ou qualquer lugar que seja, acho muito bom [...]” (F2).

“Fui bem atendida, nunca fui mal atendida, eu gosto muito do atendimento, tanto é que se os meninos gostam de vir é porque é sinal de eles tão sendo bem tratados e bem atendidos. Se eles não gostassem de vir, daí já é porque tava sendo mal atendido [...]” (F3).

Vale comentar que a avaliação do familiar refletiu as atitudes dos profissionais com os usuários. Quando o usuário se mostrava satisfeito e elogiava os profissionais, os familiares também se satisfaziam do atendimento e elogiavam a equipe. Entretanto, uma familiar criticou o atendimento médico, em especial o atendimento do psiquiatra. O depoimento abaixo destaca essa tendência:

“Atendem muito pouco os pacientes. Os médicos estão sentados e atendem os pacientes rarissimamente. Se a pessoa fica três meses, com a mesma quantidade de medicamentos, prejudica a saúde do paciente. O resultado tem que ser visto com frequência, para que haja troca de medicamento, ou então diminuição ou aumento das quantidades [...]” (F2).

Diante da crítica ao atendimento médico, introduzimos essa questão no círculo, para ser debatida por outros fami-

liares. Ao pedirmos esclarecimentos sobre isso, não encontramos consenso, pois enquanto alguns familiares criticaram o atendimento, outros o defenderam, como revela o depoimento abaixo:

“Eu acho que, em termo de atendimento médico, eles têm um atendimento bem específico, eles são profissionais normalmente muito bem gabaritados, então até é complicado você avaliar uma pessoa dessas porque, no mínimo, se você for tirar algum crédito dela, você tem que ter algo muito contundente [...]” (F4).

Grupo de interesse — Equipe

Os profissionais analisaram as características e modo de organização do trabalho da equipe, em seus depoimentos, fazendo parte da dimensão da gestão do processo de trabalho em saúde mental.

Uma das primeiras características da gestão do processo de trabalho esteve na própria constituição das equipes. Foi unânime a discussão sobre a necessidade de instituir equipes multi e interdisciplinares no contexto das práticas, como destaca-se a seguir:

“[...] é um atendimento multiprofissional caminhando pro inter, ainda falta um pouco nesse Brasil [...]” (E4).

“[...] tudo que eu for tomar, se eu der alta, se eu mudar o plano terapêutico, a gente vai levar pra reunião de equipe, ela vai decidir o que é melhor, então ele não é só de um, ele é de todos [...]” (E6).

A equipe discutia a incorporação do chamado “técnico de referência”, que assumiria uma função de responsável pelo sujeito em sofrimento mental, e deveria, com este, discutir, pensar novas estratégias, acolher dúvidas e organizar o seu plano terapêutico:

“Eu acho que é a pessoa mais importante na relação, pra gente poder ter informações do dia-a-dia. É que você vai se reportar pra saber alguma dúvida que você tenha sobre o usuário e família [...]” (E13).

“Olha não é uma função fácil, tem que ta disponível, eu acho que tu faz esse meio de campo sabe, tu é um mediador, o usuário, o serviço, a família, o social lá fora e os postos de saúde do serviço, você que vai dar esse chão pro usuário [...] Eu vejo como o profissional mais próximo do usuário, o que sabe a história dele, delimita algumas coisas pra ele, é quem negocia com ele, é quem amplia a consciência dele” (E14).

Algumas dificuldades transpareceram no decorrer do processo de consolidação do técnico de referência no contexto do CAPS. Vale notar que os problemas não chegaram a fragilizar o cotidiano do serviço, mas que levantaram reflexões sobre o modo mutante da saúde mental. Entre eles, destacamos a visão da equipe sobre o próprio papel do técnico na vida do sujeito em sofrimento mental. As falas a seguir mencionam o assunto:

“[...] o que ele ta precisando, se ele ta com um problema maior lá na casa dele, pronto! Então, vamos resolver o problema lá na casa dele, então é eu, como técnico de referência, que vou fazer isso. Só que ele não é o meu usuário, o meu paciente, e a família não é a minha, isso tem que ser compartilhado com a equipe [...]” (E13).

“[...] ele (técnico de referência) tem grupos, oficinas que você também tem que participar, e então são muitas coisas que perde, porque a gente não tem tempo de conversar com eles (os usuários)” (E15).

Com relação à delimitação dos papéis profissionais e sua influência na organização do processo de trabalho em saúde mental, alguns profissionais trouxeram suas dúvidas sobre o que fazer e o como fazer nos serviços substitutivos:

“[...] quando a gente começa é meio complicado, é um serviço muito diferenciado de outros. Não é um serviço que quando você entra vão te dizer assim: “oh, sua função é essa, essa e aquela”. Não tem isso, principalmente na enfermagem, que a gente praticamente não faz quase nada da enfermagem, a não ser medicação [...] o resto é tudo uma coisa conjunta com o psicólogo, com o psiquiatra, com o assistente social [...]” (E11).

“Bom [...] aqui no CAPS é completamente diferente, então do específico a gente faz muito pouco, e acaba sendo assistente social, psicóloga, sendo tudo ao mesmo tempo [...]” (E6).

No entanto, algumas áreas de conhecimento, já cristalizadas historicamente, como a psiquiatria, não pareciam acompanhar essas discussões. Nesse contexto, os parâmetros de núcleos de competência (em psiquiatria) pareciam sobrepor-se aos diversos conhecimentos de campos de competência (área da saúde mental), quando o psiquiatra se concentrava mais em suas consultas e nas atividades de prescrição medicamentosa, interagindo pouco com os outros membros da equipe do CAPS:

“Não se envolve, não participava das reuniões e do grupo, raramente, num evento e outro, numa festinha e outra, ele participava [...] então não existe mesmo psiquiatra, é uma categoria que não participa, que não é CAPS, o atendimento é médico-ambulatorial, dá a consulta e vai embora” (E10).

“Eu já briguei um pouco por isso e eu percebo que isso acaba refletindo na equipe [...] tem psiquiatra que não se envolve [...] ao mesmo tempo acho que a equipe ela é conivente com isso, porque ela não banca. Eu acho uma falta de respeito com o usuário, e com os profissionais” (E14).

Apesar das reclamações da equipe, fica evidente o caráter contraditório da (nova) psiquiatria no contexto da reforma. Outro ponto importante a ser destacado é quando o psiquiatra parecia obrigado a assumir uma agenda repleta de usuários no decorrer de sua carga horária de trabalho:

“[...] Como é que o cara vai chegar aqui, atender tudo que ele atende, às vezes ele atende 8, 10, e ainda se envolver nas outras atividades. Qual é o incentivo financeiro que ele tem para isso? Porque o que a gente vê, os nossos psiquiatras do município estando com a clínica, com uma clientela boa, no hospital particular ganhando, tchau SUS [...]” (E7).

DISCUSSÃO

O grupo dos usuários trouxe um parâmetro importante de avaliação, que diz respeito às dimensões mais singulares do encontro entre profissionais e usuários. A relação interpessoal, para eles, se traduziu em sinônimo de bom atendimento, o que também se tornou um indicador da qualidade do atendimento oferecido pelo serviço de saúde.

Em saúde mental, com a hegemonia do saber psiquiátrico, seria até mesmo recomendável um distanciamento entre profissionais e pacientes. Com a mudança de paradigma para além dos muros do manicômio, entendemos que uma das condições centrais para a superação desse modelo está na mudança das bases da relação interpessoal. Portanto, o fato de usuários considerarem que características relacionais têm a mesma relevância que outros indicadores, como, por exemplo, estrutura, área física ou quantidade de profissionais, devem ser levadas em consideração na hora de avaliar um CAPS.

Nos serviços de saúde, essas tecnologias de cuidado relacional são consideradas como tecnologias leves, entre elas o vínculo e o acolhimento. As tecnologias leves são formas de organização do trabalho centradas nas demandas (singulares e coletivas) dos sujeitos, e não possuem uma forma concreta e protocolada de ser, pois são exercidas e consumidas no processo de trabalho vivo em ato. Todo o serviço de saúde que se organiza a partir das necessidades do indivíduo está produzindo saúde e vida nos diferentes territórios sociais, premissa essa que se considera como fundamental dentro de uma proposta inclusiva e revitalizante no contexto das políticas e práticas em saúde (7).

No relato de U2 é possível avaliar a importância do acolhimento no cuidado em saúde mental. Segundo ele, quando se encontra angustiado e tenso, ele imediatamente procura a psicóloga para conversar, sendo atendido pela profissional. Essa visão do sujeito extrapola o próprio contexto dos serviços, muitas vezes rotineiro e parcelado — como o fato de precisar e ser atendido, sem exigências prévias —, destacando o potencial do acolhimento como proposta abrangente, humanizadora e responsável pela produção de novos sentidos e trocas em saúde. Enquanto indicador de qualidade do atendimento, esse relato também mostra o quanto o serviço parece ser co-responsável, flexível e comprometido não somente com os encargos do sofrimento, mas também com as premissas de um movimento sanitário que busca a retomada de significado do contexto das políticas de saúde, em busca de ferramentas cada vez mais inclusivas e inovadoras.

É claro que todas as técnicas mobilizadas pelos trabalhadores são importantes e devem receber destaque, uma vez que têm uma participação decisiva na conformação da natureza do encontro. Da mesma forma, agora do ponto de vista do usuário, parece que essa relativa forma embutida nos modos de trabalhar, se dilui nas maneiras mais coloquiais de conversação. Em todo caso, sempre teremos a conversa e o encontro, reconhecidos como substâncias trabalhadas pelos dois sujeitos (trabalhadores e usuários do serviço). Uma oportunidade concreta de revitalização contínua das técnicas, dos sujeitos, das pessoas e das relações por eles estabelecidas (8).

De forma similar, os familiares também avaliaram que a paciência, o ca-

rinho e a atenção faziam parte do conjunto de práticas que garantiriam a qualidade do bom atendimento. Se no caso do usuário, que estivesse no serviço, o bom atendimento fosse o foco da qualidade, para o familiar, esse atendimento deveria produzir impacto na sua vida, muitas vezes atribulada de cuidados e sobrecarregada com as demandas do usuário. Nesse sentido, a relação entre o serviço e os familiares foi marcada pela igualdade, pela inclusão, pela vontade de ouvi-los e também de cuidá-los, sendo isso, sob nosso entendimento, compatível com o modo psicossocial de fazer saúde mental no cotidiano.

Muitas vezes o tipo de atendimento prestado pelo profissional da familiar dependia de sua especialidade. No caso do psiquiatra, F4 ressaltou que o “atendimento específico e bem gabaritado” limitaria a possibilidade de avaliação criteriosa do trabalho do profissional médico. Essa atitude crítica parece esconder uma reflexão dialética. De um lado, estaria o profissional médico que, com seu corpo de saberes técnicos, poderia ficar além da utilização das tecnologias mais relacionais que invariavelmente não seriam carregadas de nenhum cardápio de saberes estruturados, como a clínica tradicional. De outro, poderia essa afirmação estar carregada de um viés que, no contexto atual, nos causa preocupação, pois nos parece que o médico ainda seria o profissional inquestionável, dono da verdade, sendo impossível, ou até mesmo pretensioso para um leigo questionar suas competências profissionais.

A psiquiatria nasceu a partir de um contexto social que permitiu ao médico o domínio sobre diferentes dimensões da vida em sociedade. Ao paciente, o médico adquiriu respeito e *status* social ao tratá-lo como doente, como um corpo que precisava ser reparado, descarregando sobre ele um conjunto de instrumentos pedagógicos disciplinadores e excludentes. Sobre as famílias, utilizou-se de um discurso simplificado e persuasivo, alegando que elas seriam foco central no desenvolvimento da doença de seu parente, ou seja, cúmplices e doentes ao mesmo tempo, sendo, por isso, afastadas. E sobre a sociedade, disseminou sua verdade absoluta, a de que os fenômenos mentais são doenças que causam desvios da razão e do intelecto humano, devendo a sociedade instituir projetos políticos que pudessem intervir juridicamente e socialmente sobre essas manifestações (2, 9–10).

Com toda a carga histórica de uma psiquiatria dominante, é compreensível que as famílias ainda pensem no médico como um profissional que não pode ser criticado, pois seria inclusive arrogância por parte de um leigo, que não entende dos mecanismos fisiológicos e das manifestações orgânicas do processo de adoecimento. No entanto, em um contexto de reformas, é preciso relativizar e superar essa tendência paralisante da clínica. Esse pode ser considerado um dos maiores desafios, onde a aproximação, a parceria, o dialógico, o horizontal e a possibilidade de elaboração de questionamentos são a forma mais correta, justa e digna de rediscutir a função da clínica nesses serviços e produzir cuidado em saúde.

A discussão do processo avaliativo com usuários e familiares vai em direções opostas (embora complementares) a dos profissionais. A equipe não discute, a priori, a dimensão singular do atendimento, mas a dimensão macro do mesmo, ou seja, a da gestão do processo de trabalho em saúde mental, centrado na abordagem interdisciplinar.

Em geral, os membros da equipe se dedicam a avaliar a importância do planejamento e da realização de reuniões sistemáticas no processo de trabalho em saúde mental. Em outro estudo avaliativo (11) com a mesma metodologia, dessa vez realizado na cidade de Porto Alegre, a equipe do CAPS mencionou que essas atividades são fundamentais para não se perder a visão do conjunto, uma vez que a inclusão social das pessoas com sofrimento mental deve ser estimulada por todos.

Dentro do rol das atividades de gestão está a reunião da equipe, como nos mostrou E6. Na reunião, as discussões clínicas e encaminhamentos eram realizados com todos os profissionais participantes, de forma que eles pudessem sugerir propostas, alterações no plano terapêutico ou outras adequações. Todas essas informações foram acolhidas pelo técnico de referência do usuário e posteriormente revistas com o próprio usuário.

Destacamos, em Joinville, a existência do técnico de referência. E13 e E14 falaram de sua importância no contexto das práticas multi e interdisciplinares em saúde mental, fundamental para redefinir a dimensão técnica do processo de trabalho no CAPS. Além disso, ele parece ter sido o responsável pela dinâmica de acompanhamento do usuário durante

o tratamento no CAPS, sendo também a ponte entre esse usuário, a família, a rede e os outros profissionais do serviço.

Essa organização lógica, sob nosso ponto de vista, parece peculiar no contexto da prática em saúde mental, sendo um ponto forte no processo avaliativo. A introdução do técnico de referência no serviço mantém o diálogo entre os diferentes atores sociais. Por isso, ele se estabelece dentro do processo de trabalho como componente capaz de potencializar vínculos e estabelecer responsabilidades entre os serviços de saúde e a rede de relações do usuário.

Desse modo, trata-se de inscrever uma nova maneira de compreender e ampliar o funcionamento da clínica. No contexto de transformação das práticas em saúde, fazer clínica é ir além das reais necessidades ou possibilidades. É adotar posturas de compromisso ético e de respeito ao valor da vida no contexto dessas práticas. É esforçar-se na construção de caminhos e meios que não são estáticos, pois estão sempre em transformação, para que possam produzir conhecimentos compartilhados, de forma a garantir a autonomia das pessoas e a fortalecer o vínculo delas com os serviços de saúde que procuram (12).

A figura do técnico de referência também suscitou reflexões na equipe sobre a influência deste no comportamento de usuários e familiares. Para alguns profissionais, ele atuou como mediador. No entanto, um mediador que precisa ficar atento para não estabelecer uma relação de domínio sobre as decisões do outro. Por esse motivo, E13 expressou que o técnico de referência seria fundamental na vida do sujeito, mas não poderia assumir —la e incorporá— la como se fosse sua por direito. Os planos terapêuticos, sob seu entendimento, seriam para negociação coletiva, e não poderiam ser definidos por um ou outro ator social.

Talvez essa questão esteja relacionada à própria subjetividade do trabalhador e ao pouco conhecimento da função técnica no projeto terapêutico do serviço. Nesse caso, E12 colocou que o técnico de referência, geralmente, não se julgava preparado para assumir suas responsabilidades, ficando a insegurança e o medo situados entre a função mediadora — que potencializava o vínculo, a autonomia e a integração dos usuários com o serviço, e a prescritiva, com a tutela do sujeito e a adoção de práticas cristalizadas no interior do CAPS.

Outra importante questão diz respeito ao que E15 destacou como sendo uma possível “sobrecarga de atividades”. Para o profissional citado, o técnico de referência assumia tantas atividades no cotidiano do serviço que acabava perdendo um pouco o vínculo com o usuário. Um posicionamento interessante para ser confrontado, pois no círculo dos profissionais eles se julgavam atribuídos de funções, enquanto que, no círculo das famílias e dos usuários, esse item não foi abordado. Isso pode ter acontecido em função do próprio usuário procurar o seu técnico de referência apenas nos momentos em que precisava dele, sendo imediatamente orientado e encaminhado pelo profissional, se necessário.

O técnico de referência, que potencializa a organização das práticas de um lado, também suscita de outro, reflexões sobre os limites e avanços sobre seu relacionamento com usuários e familiares. Se os profissionais ainda têm dúvidas sobre seu papel no contexto do serviço, encaramos como positivas as suas contribuições no projeto terapêutico da instituição. Isso porque, no modo psicossocial, tudo está em constante transformação, não havendo espaço para posturas estanques, que impediriam a problematização e a construção de novas trajetórias de cuidado.

Essa realidade imprecisa pode ser entendida também como reflexo da própria prática em saúde mental. Embora para algumas áreas, especialmente a psi, seja claro o que se faz e como se faz, em outras, ainda é difícil estabelecer limites mais delimitados entre os espaços dos indivíduos.

Há uma percepção de que o trabalho, nesses serviços, estabelece-se num limite muito impreciso entre a especificidade profissional do trabalhador, a sua identidade profissional, e os papéis profissionais atribuídos ao coletivo da equipe. Alguns estudos já vêm se preocupando em discorrer sobre o assunto (13–15). Nesse sentido, vale a pena destacar os conceitos de “núcleos e campos de competência” (16).

A institucionalização dos saberes e sua organização em práticas ocorreriam mediante a conformação de núcleos e de campos de competências: núcleos como aglutinação de conhecimentos e como conformação de determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso. O núcleo demarcaria a identidade de uma área de

saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas atividades. Tanto o núcleo quanto o campo são mutantes e influenciam tanto um como o outro, não sendo possível detectar limites precisos entre os mesmos (16).

Retomando a dimensão *psi*, vale discutir a participação do psiquiatra no CAPS. O psiquiatra é fundamental porque ele é o responsável pelo diagnóstico clínico, pela prescrição medicamentosa e pela evolução da terapêutica do sujeito, o que entendemos como parte do seu núcleo de competências. No entanto, atualmente, com o trabalho em equipe, parece-nos que os outros profissionais criaram intolerância com a especialidade médica. De um lado, há profissionais que questionam o seu pouco envolvimento, concentrando-se mais nas consultas fechadas. De outro, há aqueles, como E7, que entendem a sua agenda repleta de usuários, impedindo-o de comparecer às outras atividades.

Em primeiro lugar, a indisponibilidade nos parece levar ao o exercício de encontros superficiais, com exploração de questões meramente pontuais que nem sempre vão ao encontro das reais necessidades das pessoas. Apesar de criticada no círculo dos familiares pela superficialidade na relação, não seria prudente atribuir um caráter autoritário à

psiquiatria, pois ela não deve ser negada das práticas em saúde mental. A própria psiquiatria vem sendo pressionada a mudar, porque já atende sujeitos em consultórios que já não são mais privativos do médico e que estão situados no mesmo espaço de circulação da equipe e dos usuários, diferente do que ocorria no manicômio.

Porém, o mais preocupante é a permanência da cultura de mercantilização do saber, em especial a do saber psiquiátrico, em pleno contexto de efervescência de novas práticas de saúde e cuidado. E7 apontou, em seu depoimento, um pensamento típico das tendências privatistas do sistema médico-previdenciário brasileiro da década de 1960, o que seria um retrocesso a ser problematizado no interior dos serviços, especialmente entre todos os protagonistas desse cuidado.

As características e os modos de organização do processo de trabalho apontados neste estudo parecem incorporar certas dimensões de cuidado defendidas pelos movimentos de reforma sanitária e psiquiátrica no contexto brasileiro. Trata-se de pensar na ampliação de novas perspectivas e de novos conhecimentos, fundamentais para problematizar avanços e desafios no saber e no fazer em saúde.

Como o processo de mudança nas práticas em saúde mental é recente, a existência de depoimentos controversos

não surpreende, sendo importantes para provocar constantemente o campo da saúde, na direção de investigar novos caminhos e meios de cuidar das pessoas, além de incorporar outros indicadores, antes não explorados, aos estudos de natureza avaliativa.

Conclusões

As práticas em saúde mental e os processos de trabalho articulados a elas, num contexto de mudanças, não se esgotam nem se cristalizam porque ajudam na crítica a vícios seculares, que isolavam, segregavam e compartimentalizavam o conhecimento, o sofrimento e as pessoas. Neste estudo, destacamos a evidência natural do papel dos agentes das práticas de modo que essas práticas possam ser pautadas no respeito ao valor da vida e ao compromisso social-sanitário. Também foi possível identificar e pressionar os mecanismos de gestão que as colocam em prática, como a constituição de equipes interdisciplinares e a constituição da figura do técnico de referência em saúde mental, juntamente com seus avanços e desafios. Espera-se que este estudo possa fornecer subsídios para melhor compreender essa realidade, que não traz somente respostas, mas também novos questionamentos, de modo a pensar e refletir, cotidianamente, o trabalho na área.

REFERÊNCIAS

- Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Cienc Saude Coletiva*. 2007;12(2):301-6.
- Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
- Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental 1990-2004. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- Guba E, Lincoln Y. Fourth generation evaluation. Newbury Park: Sage Publications; 1989.
- Onocko-Campos RT, Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad Saude Publica*. 2006;22(5):1053-62.
- Kantorski LP, Wetzel C, Olschowsky A, Jardim VMR, Bielemann VLM, Schneider JF. Avaliação de quarta geração: contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. *Interface Com Saude Educ*. 2009;13(31):343-55.
- Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. Em: Merhy EE, Onocko R, orgs. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2nd ed. São Paulo: Hucitec; 2006:71-112.
- Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. Em: Pinheiro R, Mattos RA, orgs. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO; 2003:89-111.
- Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. 6th ed. São Paulo: Editora Perspectiva; 1990.
- Foucault M. História da Loucura. 8th ed. São Paulo: Perspectiva; 2003.
- Schneider JF, Camatta MW, Nasi C, Adamoli AN, Kantorski LP. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial brasileiro. *Cienc Enferm*. [online] 2009;15(3):91-100.
- Lancetti A, Amarante P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. Em: Campos GWS, Minay MCS, Akerman M, Drummond Jr M, Carvalho YM. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2nd ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009: 615-34.
- Tavares CMM. A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial. *Texto Contexto — Enferm*. [online] 2005; 14(3):403-10.
- Pinho LB. Análise crítico-discursiva da prática de trabalhadores de saúde mental no contexto social da reforma psiquiátrica [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2009.
- Pinho LB, Hernández AMB, Kantorski LP. O discurso sobre o acolhimento e a acessibilidade nos serviços comunitários de saúde mental. *Cogitare enferm*. 2009;14(4):612-9.
- Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Editora Hucitec; 2000.

Manuscrito recebido em 13 de setembro de 2010. Aceito em versão revisada em 26 de fevereiro de 2011.

**Qualitative evaluation of
the work process in
a psychosocial care center
in Brazil**

ABSTRACT

Objective. This study's objective was to evaluate the work process in a psychosocial treatment center. We endeavored to identify areas of difficulty, gaps, deficiencies, potentialities, and experiences shared by the people involved in the service's day-to-day routine (users, family members, and health staff).

Methods. Qualitative evaluation study that used fourth-generation evaluation as the theoretical-methodological framework.

Results. We observed some basic characteristics that reveal the organization of the mental health work process from the perspective of the interest groups studied. The use of inclusive care technologies stands out, along with interdisciplinary team-based care management mechanisms centered on the user.

Conclusions. The results contribute to a rereading of the consolidation of psychiatric reform in the Brazilian context, raising questions about practice, knowledge, objectives, philosophies, and the goal of health work.

Key words

Mental health services; health services evaluation; Brazil.
