



Psicologia em Estudo

ISSN: 1413-7372

revpsi@uem.br

Universidade Estadual de Maringá
Brasil

Gazabim Simões Ballarin, Maria Luisa; Bruno de Carvalho, Fábio; Ferigato, Sabrina Helena; Monteiro
Smeke de Miranda, Iara; de Carvalho Magaldi, Carolina
Centro de atenção psicossocial: convergência entre saúde mental e coletiva
Psicologia em Estudo, vol. 16, núm. 4, diciembre, 2011, pp. 603-611
Universidade Estadual de Maringá
Maringá, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287122492011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: CONVERGÊNCIA ENTRE SAÚDE MENTAL E COLETIVA

Maria Luisa Gazabim Simões Ballarin^{*}
Fábio Bruno de Carvalho^{*}
Sabrina Helena Ferigato[¶]
Iara Monteiro Smeke de Miranda^æ
Carolina de Carvalho Magaldi^ϕ

RESUMO. Este trabalho teve por objetivo discorrer sobre a existência de pontos de convergência entre o trabalho de saúde mental e o de saúde coletiva, a partir da percepção de profissionais que atuam em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Campinas, SP. Trata-se de estudo de natureza qualitativa e descritiva em que os referenciais teóricos relativos à fenomenologia e à análise do conteúdo do discurso fundamentaram a análise dos dados obtidos. Os resultados mostraram tanto fatores que dificultam a articulação da rede de cuidados - como escassez de recursos materiais, espaço físico inadequado e desconhecimento do papel do CAPS, quanto fatores que dificultam o desenvolvimento de um trabalho dirigido ao acolhimento, à construção de projetos terapêuticos singulares, ao matriciamento e às reuniões de equipe, evidenciando ações que potencializam o trabalho coletivo e dialógico.

Palavras-chave: saúde mental; centros de atenção psicossocial; saúde coletiva.

PSYCHOSOCIAL CARE CENTER: CONVERGENCE BETWEEN MENTAL AND COLLECTIVE HEALTH

ABSTRACT. This paper aimed to discuss the existence of converging points between mental and collective health practices from the perspective of the professionals of a Psychosocial Care Center (CAPS) in Campinas, SP. The study conducted was both descriptive and qualitative and the data obtained were analyzed according to the theoretical basis coming from phenomenology and discourse analysis. The results showed the existence of factors that hinder the structuring of the health care network, such as: lack of physical resources, inadequate physical space and lack of knowledge regarding CAPS's role as well as the development of a work based on users embracement, on the development of individualized therapeutic projects, on matrix support and team meetings, enhancing a sense of collective and dialogical work.

Key words: Mental health; mental health services; public health.

CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL: CONVERGENCIA ENTRE SALUD MENTAL Y COLECTIVA

RESUMEN. Este artículo tuvo como propuesta discutir la existencia de puntos de convergencia entre el trabajo de salud mental y la salud pública, desde la perspectiva de los profesionales que trabajan en un Centro de Atención Psicossocial (CAPS) en Campinas, SP. Este estudio es cualitativo y descriptivo, y la base teórica de la fenomenología y el análisis de contenido del discurso motivado el análisis de los datos obtenidos. Los resultados mostraron tanto factores que dificultan la articulación de la red de atención como la escasez de recursos materiales, espacio físico inadecuado y la falta de papel de CAPS, como también el desarrollo de un trabajo dirigido a la recepción, a la

^{*} Doutor(a) em Saúde Mental pela Unicamp. Professor(a) da Faculdade de Terapia Ocupacional da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Brasil.

[¶] Mestre em Filosofia Social pela PUC/Campinas. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Unicamp. Terapeuta Ocupacional do CAPS III, Campinas, Brasil.

^æ Graduanda em Terapia Ocupacional pela PUC/Campinas e bolsista de Iniciação Científica Pibic/CNPq.

^ϕ Graduanda em Terapia Ocupacional pela PUC/Campinas e bolsista de Iniciação Científica Fapic/CNPq..

construcción de proyectos de tratamiento singulares, al apoyo matricial y a las reuniones de equipo, evidenciando acciones que potencian el trabajo colectivo y dialógico.

Palabras-clave: Salud mental; centros de atención psicosocial; salud pública.

A implantação gradual, ao longo das últimas décadas, de diferentes serviços de assistência à saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), os Centros de Convivência, as Cooperativas e Oficinas de Trabalho, bem como as ações de saúde mental na atenção básica, evidencia os inúmeros avanços decorrentes do processo da Reforma Psiquiátrica.

No que se refere especificamente aos CAPSs, constata-se uma expansão significativa deste tipo de serviço. Os dados do Ministério da Saúde indicam que em 2004 existiam 516 CAPSs e em janeiro de 2010 já haviam sido implantados 1502 CAPSs em todo o território nacional (Brasil, 2005; 2010).

Historicamente, acontecimentos relevantes na construção deste novo panorama foram, sem dúvida, a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, em Brasília, e a criação do Conselho Nacional de Saúde (2002). Estes acontecimentos favoreceram o protagonismo dos usuários na construção de uma rede de atenção à saúde mental, além de terem reafirmado a importância de se oferecer atenção comunitária, articulada e territorial para pessoas que apresentam transtorno mental, evidenciando pontos de convergência entre os princípios da Reforma Sanitária e os da Reforma Psiquiátrica.

Embora a Reforma Psiquiátrica tenha nascido no bojo da Reforma Sanitária e ambos os movimentos sejam fortemente sustentados pelos princípios da Política Nacional de Humanização em Saúde, observa-se um relativo “paralelismo” entre eles. Impulsionada pelo movimento da luta antimanicomial e por mudanças paradigmáticas em relação ao entendimento do processo saúde-doença, a Reforma da Saúde Mental destacou-se em relação a outros campos da saúde, especialmente na construção de arranjos e dispositivos da atenção, que hoje se tornaram modelo de referência para a Reforma Sanitária como um todo. Esses novos arranjos assistenciais que foram sendo delineados e as convergências existentes entre as áreas da Saúde Mental e da Saúde Coletiva pressupõem a compreensão de que a Saúde Coletiva é o campo do saber que estuda a saúde das populações, suas relações sociais e a produção de políticas públicas, sem deixar de considerar que as coletividades são

compostas por sujeitos particulares, com necessidades e desejos singulares e em constantes relações de poder.

Neste cenário que se constitui, a compreensão da noção de rede é fundamental. Esta se refere a um formato organizacional democrático, cujas relações interinstitucionais caracterizam-se pela não hierarquização do poder e pelo pluralismo de ideias, implicando em conceitos heterogêneos, ligados uns aos outros por construtos comuns, tais como: integração, vínculos, conexão e que independentemente do conceito adotado, tende a consolidar a cultura da cooperação (Maia, Novak & Almeida, 2004; Zambenedetti & Silva, 2008).

Deste modo, quando articulamos a noção de rede ao conceito da integralidade do cuidado nas ações da clínica psicossocial, constatamos que a clínica da saúde mental não está restrita às instituições tradicionais, ao contrário integra-se a um conjunto mais amplo de ações, que incluem a atenção básica, a estratégia de saúde da família, o território, a equipe de referência, o apoio matricial, a equidade, a intersetorialidade e a participação da comunidade, todos estes, conceitos constitutivos do campo da saúde coletiva. Assim, a consolidação da rede de cuidado de saúde mental depende também dos avanços conquistados em cada município em termos de políticas públicas e dos avanços que cada região conseguiu adquirir na implementação de arranjos e dispositivos da saúde coletiva.

As considerações apresentadas motivaram o desenvolvimento deste trabalho que tem por objetivo discorrer sobre a percepção de profissionais que atuam num Centro de Atenção Psicossocial procurando identificar pontos de convergência entre o campo da saúde mental e saúde coletiva.

Com base no referencial fenomenológico descrito por Merleau-Ponty (1996), Moreira (2004) e AmatuZZi (2009), buscamos compreender o significado da experiência vivida por estes atores singulares a partir de uma perspectiva que procura resgatar a dimensão do vivido, do mundo subjetivo e privado em sua inter-relação com o objetivo e o coletivo.

Segundo Moreira (2004), é importante salientar que a metodologia fenomenológica da pesquisa modifica-se de acordo com os pressupostos filosóficos que a sustentam, portanto não nos interessa discutir tão somente as condições objetivas dos profissionais

que atuam no CAPS, mas, sobretudo, a percepção e os múltiplos sentidos atribuídos por esses sujeitos a experiência vivenciada.

Percepção é aqui entendida sob ótica de Merleau-Ponty (1996), como uma modalidade original da consciência, como um evento essencial para o contato com o mundo, ou seja, como a base do conhecimento que permite o surgimento do significado. Assim o mundo, do ponto de vista fenomenológico, “não é a explicação de um ser preliminar, mas o fundamento do ser.” (p.17). Desta forma, não entendemos as vivências sem situá-las, mas referimo-nos ao sujeito que vivencia suas emoções, pois é a intencionalidade associada à noção de campo perceptivo que nos permite dar uma dimensão existencial para todas as percepções e vivências (Merleau-Ponty, 1996).

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Este trabalho é parte de um projeto de investigação mais amplo, intitulado “Estudo de um Centro de Atenção Psicossocial e sua articulação com a rede de atenção à saúde mental no município de Campinas: algumas percepções e reflexões”. No trabalho que ora se apresenta buscou-se analisar a percepção de profissionais que atuam em um Centro de Atenção Psicossocial. Trata-se de um estudo descritivo e de natureza qualitativa, em que foram realizadas entrevistas semiestruturadas com nove profissionais de diferentes categorias da equipe técnica (psiquiatria, enfermagem, psicologia e terapia ocupacional) que atuam no referido serviço.

Na abordagem fenomenológica a entrevista caracteriza-se como uma importante ferramenta, pois, conforme enfatiza Carvalho (1991), “a linguagem do cliente se ensina por si mesma. No seu discurso, percebe-se um sentido que transcende o emprego das palavras, dos vocábulos e expressões idiomáticas próprias da cultura e da língua em que se exprime.” (p. 39). Enfatizamos que as entrevistas foram realizadas individualmente, gravadas e posteriormente, transcritas.

A equipe técnica do serviço foi informada sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa. Além disso, o estudo foi aprovado por um comitê de ética em pesquisa, sob protocolo n.º 760/07, e todos os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, como estabelece a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados foram coletados entre os meses de agosto de 2008 e junho de 2009.

O caminho escolhido para se trabalhar com o material coletado em campo foi refletir sobre o

conteúdo do discurso das entrevistas e posteriormente, agrupá-los em categorias temáticas considerando-se os referenciais teóricos pertinentes à fenomenologia e os objetivos que fundamentam este estudo. Para Husserl (1965), a fenomenologia constitui um método que afirma a importância dos fenômenos da consciência, os quais devem ser estudados em si mesmos. O conhecimento fenomenológico resume-se a esses fenômenos (a coisa manifesta), a esses objetos ideais que existem na mente, cada um designado por uma palavra que representa a sua essência, sua significação.

A participação dos profissionais entrevistados é decisiva na produção de conhecimento em saúde, pois buscamos compreender o significado de um fenômeno a partir desses sujeitos, que são vistos como protagonista de suas próprias vivências. Para Moreira, Nogueira e Rocha (2007), “Na realidade, trata-se de um resgate da dimensão do vivido humano, do mundo subjetivo e privado em sua interseção com o objetivo e o coletivo, tal como entendido com uma lente merleau-pontyana.” (p. 197)

Para efetivar o tratamento dos dados obtidos trabalhamos, inicialmente, a etapa de pré-análise do material coletado, a partir de sucessivas leituras flutuantes. Nesta etapa, nenhum dos elementos discursivos foi privilegiado. Posteriormente, realizamos o processo de análise do material, entendendo que a análise de conteúdo do discurso é “(...) um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.” (Bardin, 2002, p. 38). Em seguida, selecionamos os dados considerando os conhecimentos subjacentes produzidos com a mensagem discursiva, estabelecendo assim, a apreensão das estruturas de relevância, ou seja, os diferentes núcleos de sentido constitutivos da comunicação. Na etapa seguinte identificamos e agrupamos as categorias temáticas e passamos a interpretação dos dados obtidos (Bardin, 2002; Minayo, 1999). Foram identificados diferentes categorias e núcleos temáticos; entretanto, em função da extensão do material, apenas três serão abordadas neste trabalho, sendo elas referentes à percepção dos profissionais sobre: 1)- a articulação da rede de atenção com os cuidados em saúde mental; 2)- as condições de trabalho; e 3)- a integralidade das ações.

CONTEXTUALIZANDO O CAMPO INVESTIGADO

Antes de apresentarmos as análises referentes à nossa pesquisa, optamos por apresentar uma breve

contextualização da rede de saúde pública de Campinas e suas especificidades em relação à Saúde Mental, aspecto que consideramos fundamental para a leitura e entendimento das análises subsequentes.

A implantação da rede básica de atenção à saúde no município de Campinas teve início há mais de três décadas, com programas voltados à atenção à saúde da comunidade e desenvolvidos por uma rede de Centros de Saúde. O município é gestor pleno do sistema de saúde - com forte parceria de gestão conjunta com entidade não governamental. No caso da saúde mental, o processo de distritalização teve início no final da década de 1990. Atualmente, o município está subdividido em cinco Distritos de Saúde, cada um dos quais responde por uma população média de 200.000 habitantes. O CAPS onde atuam os sujeitos desta investigação pertence a um dos cinco distritos de saúde do município de Campinas, Estado de São Paulo.

O CAPS é um serviço de atenção comunitária, pública, de base territorial, que funciona 24 horas por dia, caracterizando-se como um CAPS tipo III, que possui oito leitos/noite. Tem por objetivo e diretriz tratar, de forma intensiva, pessoas portadoras de transtorno mental grave, com idade superior a 14 anos, junto às suas famílias e na sua comunidade, evitando-se a internação psiquiátrica integral e promovendo-se a reabilitação psicossocial daquelas cronicamente comprometidas. Busca ainda possibilitar que o usuário se reconheça como sujeito e possa se inserir na comunidade.

O serviço dispõe de uma equipe técnica constituída por profissionais de diferentes especialidades, como psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros e equipe de apoio (administrativo, segurança patrimonial e limpeza). Essa equipe técnica é subdividida territorialmente em três miniequipes que prestam cuidados aos usuários em áreas distintas da região e desenvolvem projetos terapêuticos individualizados e singulares, sendo os usuários inseridos em diferentes modalidades de atenção, como grupos terapêuticos, psicoterapia, terapia ocupacional, oficinas, atelier, espaços dirigidos ao autocuidado, de acordo com suas necessidades dentro e fora do CAPS. Frequentam diariamente o serviço entre 50 e 60 usuários. Além disso, são realizados atendimentos individuais, grupos de família, visitas domiciliares, acompanhamento terapêutico e parcerias com outros serviços da saúde mental (Centros de Convivência, Oficinas de Geração de Renda e dois Serviços Residenciais Terapêuticos,

Serviço de Saúde Cândido Ferreira, CAPS - infantil, CAPS - Álcool e drogas).

O CAPS em questão é referência para equipes de doze centros de Saúde da região, além das organizações não governamentais e outros serviços, como hospitais gerais e universidades (formação em serviço). Integra-se ainda a outros setores, como a assistência social, a cultura, os transportes e Educação, além da Vigilância e Controle do Meio Ambiente (VISA), o Serviço de Atenção e Internação Domiciliar (SAID), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU), a Casa das Oficinas e dois Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), que compõem a rede de atenção e cuidados em saúde da região.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Uma vez contextualizada a rede de atenção à qual nos referimos, apresentaremos os resultados deste estudo sequencialmente, a partir dos três eixos de análise delineados anteriormente, iniciando com o eixo que se refere à rede de cuidados.

A percepção dos profissionais sobre a articulação da rede de atenção e cuidados em saúde mental

A análise dos dados coletados junto aos entrevistados evidencia que são várias as percepções dos profissionais da equipe técnica quanto à consolidação e articulação da rede de cuidados em saúde mental, conforme se constata nos relatos que seguem:

Então, você ter numa mesma região um hospital geral, um CAPS tipo III, um serviço de geração de renda, um Centro de Convivência e as UBSs com equipe de Saúde Mental é um grande avanço. E acho que é algo que tem que ser pontuado como positivo (E 02).

A gente tem hoje uma parceira muito consolidada com três equipamentos substitutivos, os SRTs, as oficinas de geração de renda, no caso o NOT do Cândido e a casa das oficinas e o Centro de Convivência. (...) com a casa das oficinas, a gente tem uma relação muito estreita e muito próxima, até porque a gerente atual da casa das oficinas era uma profissional do CAPS; então ela tem um entendimento bastante complexo e importante do que realmente é o CAPS, bem como com o Centro de Convivência (E 01).

Pouquíssimos profissionais da rede que atuam nas UBSs entendem o que é o CAPS. É preciso ter um entendimento mínimo sobre qual o seu papel (...). Então eu acho que para melhorar a relação da rede com o CAPS, haveria uma necessidade de maior capacitação, de maior entendimento, inclusive em relação aos conceitos de saúde coletiva (E 01).

Os depoimentos de E 02 e E 01 revelam pensamentos positivos relativos à existência de diferentes serviços inseridos no mesmo território e a parcerias entre eles, evidenciando uma visão particularizada e singular sobre a rede de cuidados em saúde mental. Além disso, os entrevistados valorizam serviços de atenção não específicos de atendimento ao doente mental, como o Centro de Convivência e a Casa das Oficinas, ambos caracterizados como espaços sociais, culturais e de geração de renda que buscam resgatar o sujeito enquanto cidadão, expressando assim assimilação dos preceitos do novo paradigma de assistência à saúde mental. A atribuição deste novo sentido reflete a concepção ampliada dos profissionais entrevistados em relação às formas de compreender o processo saúde-doença e de tratar o doente mental, contrapondo-se, assim, ao modelo de atenção hospitalocêntrico e excludente. Na percepção dos profissionais entrevistados, há um ponto de convergência entre a saúde mental e saúde coletiva.

O relato de E 01 denuncia falta de clareza e ideias vagas e distorcidas sobre o trabalho, o funcionamento do CAPS e o desconhecimento de sua missão, retratando seu pensamento em relação aos obstáculos que dificultam a articulação entre o CAPS e os demais equipamentos de saúde. Tais aspectos se caracterizam como empecilhos à constituição efetiva de uma rede de cuidados mais articulada naquele território. E 01 não se refere somente aos obstáculos presentes na situação vivenciada, pois sua percepção dirige-se também à sua superação por meio de uma perspectiva que pressupõe a necessidade de maior capacitação e entendimento acerca do campo da saúde coletiva. Sob esta ótica, o relato evidencia a relevância do significado atribuído à capacitação no contexto vivenciado.

Os depoimentos expressam os múltiplos contornos sobre o fenômeno investigado, pois, para Merleau-Ponty (1996), o conhecimento é sempre inacabado, não existe absoluto, a cada momento a consciência doa sentido à percepção, portanto, também ao fenômeno. Assim, tudo que se sabe no mundo é a partir de uma visão singular. Segundo AmatuZZi (2009), é do mundo vivido que nascem

nossos pensamentos, pois a experiência pré-reflexiva é anterior à elaboração de conceitos sobre a realidade objetiva.

Ainda em relação às dificuldades descritas, os estudos de Onocko-Campos et al. (2009) e Nascimento e Galvanese (2009), que analisam a articulação da rede de cuidados em saúde mental, reafirmam a existência de obstáculos como os percebidos pelos profissionais. Os autores descrevem que o oferecimento de uma atenção resolutive em saúde mental exige que se institua uma lógica de trabalho interdisciplinar e interinstitucional, além de se efetivarem alterações na operacionalidade dos serviços que compõem a rede (Figueiredo & Campos, 2008). Assim, os avanços de uma rede bem-articulada entre os serviços de saúde mental, de saúde e comunitários, bem como a superação desses obstáculos, pressupõem um duplo sentido: de um lado, a rede é uma das chaves para gerar alívio produtivo nas equipes de CAPS, e de outro, ao gerar alívio nos que convivem com pessoas em crise, diminui a pressão para a segregação e exclusão dos usuários em sofrimento psíquico (Merhy, 2004).

Outros estudos também abordam os muitos obstáculos presentes no complexo campo da Reforma Psiquiátrica e de Saúde Coletiva. Estes estão diretamente relacionados à necessidade de redefinição e reorganização dos processos de trabalho dos profissionais de saúde, à sua capacitação e formação permanente e à expansão de uma rede de atenção e cuidados pautada nos princípios da integralidade (Yasui & Costa-Rosa, 2008; Zambenedetti & Perrone, 2008). Neste sentido, o processo de mudança tecnoassistencial em saúde depende em grande medida da mudança nos processos de trabalho. Não estamos apenas nos referindo às mudanças puramente institucionais, mas às transformações subjetivas e objetivas que abrem novos modos de se produzir cuidado, tanto em saúde mental quanto na acepção mais ampla do termo saúde, cuidado que se dá no encontro entre trabalhadores e usuários de saúde - trabalhador aqui entendido como "aquele que oferta seu trabalho vivo em ato para vivificar o sentido da vida no outro." (Merhy, 2004. p 16)

A percepção dos profissionais sobre o processo de trabalho em saúde

Os processos de trabalho em saúde envolvem três dimensões que são indissociáveis e interdependentes. Estas dimensões são marcadas pelo contexto social, histórico e cultural, e implicam a compreensão do sujeito/objeto para o qual se dirige o cuidado, os instrumentos, técnicas e recursos para se realizar o

trabalho e aquilo que se objetiva alcançar com o trabalho. Em decorrência de tais características, o trabalho em saúde se dá a partir da criação de espaços de interações onde se produzem e se consomem ações de saúde (Milhomen & Oliveira, 2007).

Quando levamos em consideração as atuais diretrizes políticas de atenção à saúde, entendemos que o trabalho dos profissionais pressupõe o exercício de práticas coletivas realizadas em equipe. Para que isso ocorra é necessário haver uma relação entre as intervenções técnicas e aqueles que as efetivam, pois as práticas de atenção psicossocial requerem uma coesão entre a equipe. Assim, inseridos no contexto de uma equipe de um CAPS, os profissionais entrevistados revelaram vivências de dificuldades no processo cotidiano do trabalho que podem ser descritas de acordo com os depoimentos que se seguem:

O CAPS está instalado numa casa de família. Este não é um lugar adequado. Às vezes, internamente, a gente tem uns problemas em relação a isso, especialmente por falta de espaço físico, e mesmo e por conta disso, o ambiente fica tumultuado. Isso não é prejudicial somente à equipe, mas também aos usuários (E 06).

A gente elabora uma lista de materiais, solicitando coisas básicas. O material chega, mas às vezes demora a chegar. Nunca é suficiente (E 05).

O recurso humano acaba sendo um problema. Tem sido um problema desde que o CAPS começou. A gente nunca teve um quadro completo de tudo aquilo que a gente deseja (E 03).

Hoje eu acredito que uma das situações que dificulta muito o trabalho aqui no município é questão dos recursos humanos. Na Saúde Mental, eu não posso dizer que o todo, 100% do recurso humano, é tercerizado, mas praticamente 90% é tercerizado (E 01).

No trabalho vivenciado cotidianamente pelos profissionais, a inadequação do espaço físico, a escassez de recursos materiais e humanos e o tipo de vínculo empregatício são percebidos como elementos desfavoráveis que precarizam o trabalho. Segundo Mendes (2004), o ambiente institucional tanto pode promover vivências de prazer como de desprazer; pode ainda, inclusive, contribuir para o adoecimento do próprio trabalhador, distanciando-o de sua intencionalidade - neste caso, *a priori*, dirige-se ao ato

de cuidar. Embora compreendamos que os profissionais entrevistados não representam o ambiente conforme os postulados objetivistas, mas sim, interagem com ele de forma global, configurando os elementos de percepção que lhes permitem moldar os atos, observamos que por vezes esse ambiente de precariedade é prejudicial tanto ao trabalho como ao trabalhador. No contexto do serviço em questão, a configuração de um ambiente tumultuado e gerador de problemas expõe os profissionais a fenômenos inconscientes diversos, que podem ser acompanhados por intensidades emocionais que se sobrepõem constantemente.

A realidade de precarização das condições de trabalho não está restrita às vivências dos profissionais entrevistados, pois os trabalhos de Jorge, Guimarães, Nogueira, Moreira e Moraes (2007) e Nascimento e Galvanese (2009) também descrevem aspectos relacionados à precarização das condições de trabalho. Neste sentido, há um descompasso entre as políticas que estão sendo implantadas pelo poder público e sua operacionalização em nível local, sendo necessária a concretização de mudanças com vistas a alcançar os princípios do próprio SUS e da Política Nacional de Humanização (PNH). Apesar dos problemas apontados pelos profissionais, eles revelaram outros aspectos em relação ao processo de trabalho, conforme as falas a seguir.

Mesmo com todas essas dificuldades, falta de recursos materiais e físicos, a equipe desenvolve um trabalho criativo. (...) a gente procura com a elaboração do PTI – projeto terapêutico singular - ir ampliando a perspectiva. A gente procura ir no sentido da produção de vida, não apenas para produção da redução sintomatológica, tanto para questões da inserção na produção de renda e na vida produtiva, quanto na criação de laços afetivos e novos territórios existenciais num Centro de Convivência, por exemplo. (E 01).

É que a gente está engajado na atividade que realiza, tanto no sentido profissional como no sentido humano, e a postura que a gente assume aqui dentro tem a ver com a profissão. Essa é a profissão que eu escolhi. Esse é o lugar que eu quero trabalhar. Então eu vou dar o que eu tenho de melhor (E 03).

A percepção do desenvolvimento de um trabalho com vistas à produção de vida a partir do engajamento e do envolvimento do profissional com o serviço, explicitada nos relatos de E 01 e 03, evidencia a

existência de um trabalho criativo e desenvolvido a várias mãos, ou seja, em equipe.

Neste caso observamos outro ponto de convergência entre a Saúde Mental e a Saúde Coletiva, pois ambas priorizam a construção de um trabalho em equipe fomentando a transversalidade e a grupalidade. Tal trabalho, ao ser concebido em equipe como um espaço coletivo de ação, favorece o contínuo processo de reflexão sobre o próprio serviço e os diferentes saberes, objetivando mudanças que confluem para a necessidade de reorganização dos processos de trabalho, reorientação da assistência.

Flexibilizar a organização do trabalho, de maneira que o profissional tenha maior liberdade para encontrar gestos capazes de lhe fornecer prazer, vem sendo descrito como fator de diminuição de carga psíquica de trabalho (Dejours, 2001). No que se refere ao trabalho em saúde, “o modo como está organizado este universo simbólico e imaginário compartilhado pelos sujeitos nos serviços condiciona sua capacidade de escuta e resposta às demandas da população, bem como as possibilidades de mudança das práticas de saúde.” (Sá, 2009, p.660).

A percepção dos profissionais do CAPS sobre a integralidade das ações

As diferenças existentes entre as várias compreensões de integralidade dependem, fundamentalmente, dos projetos tecnopolíticos que o campo pretende integrar, isto é, “tornar inteiro: completar, inteirar, integralizar.” (Teixeira, 2003, p. 89). Como no campo da saúde há muita coisa cindida, fragmentada, há também muita coisa a ser integrada, além de diferentes opiniões a respeito das prioridades dessa integração.

Quanto à necessidade de integração das relações entre usuários e profissionais, alguns aspectos foram apontados como essenciais para se efetivar a integralidade da atenção, especialmente em relação à prática do acolhimento, conforme se observa nos relatos que se seguem.

No meu modo de entender, o acolhimento é uma atitude que faz o profissional estar disponível ao encontro do usuário que chega no serviço com uma demanda; e é esse acolhimento e o vínculo que se estabelece que vai permitir entendê-lo a partir de uma perspectiva mais total e integral (E 05).

A percepção de acolhimento, segundo o relato de E 05, está associada ao vínculo e à singularidade presente na relação do profissional com o usuário. É uma atitude que se dá a partir do encontro de sujeitos

mediado por seus corpos - corpos que possuem uma linguagem própria, já que guardam histórias e deixam marcas culturais. Neste sentido, é um encontro único. Assim, na abordagem fenomenológica entendemos que, em cada prática de acolhimento, uma consciência, uma intencionalidade se manifesta, abrindo espaço para o surgimento de novas possibilidades para o cuidado. Segundo Sena, Reis, Carvalho e Souza (2011), “todo esse processo ocorre dinamicamente, restaurando-se a cada novo ciclo de forma temporal. Deste modo, o cuidado, como consciência ou conhecimento, é sempre criativo, e (...) constitui um todo autêntico que se faz e refaz a cada experiência de cuidado e que se constrói progressivamente na intersubjetividade.

A prática do acolhimento, de acordo com (Merhy, Campos e Cecílio, 1994; Teixeira, 2003), é fundamental para a operacionalização da integralidade do cuidado. Assim, acolher se relaciona a humanização, escuta qualificada e responsabilização pelas necessidades de saúde do usuário. De fato, a humanização das práticas de saúde mental pressupõe o estreitamento do vínculo entre usuário e profissional e abrange a responsabilização entre os profissionais e entre os serviços. Tal perspectiva não se configura como específica à saúde mental, mas também como proposição da saúde coletiva, derivada das políticas públicas do SUS.

Além do acolhimento, os relatos que se seguem evidenciam que os novos arranjos organizacionais são caracterizados pela implementação das equipes de referência, pelo apoio matricial e pela perspectiva de trabalho interdisciplinar. Estas características constituem-se como elementos que viabilizam a implementação de ações integradas.

Há muitos anos existe uma ação que a gente chama de matriciamento, que é um encontro (...) onde existe uma troca de conhecimentos ou uma discussão entre os profissionais dos diferentes serviços que acompanham um determinado usuário. (...) um dos objetivos maiores desse matriciamento é justamente a gente formular intervenções mais efetivas para os usuários e seus familiares, buscando a articulação da rede e a integralidade das ações (E 03).

A gente tem alguns arranjos e dispositivos promovidos pelo próprio modelo de gestão e funcionamento do CAPS que garantem o funcionamento interdisciplinar. Um exemplo disso é a reunião de equipe semanal, a supervisão clínico-institucional, que é quinzenal. Essas reuniões são muito

respeitadas no serviço (...) assim, os profissionais, de fato, têm condições de se reunir e podem construir projetos terapêuticos em conjunto e pensar numa clínica mais ampliada. (...) a gente vai tendo a possibilidade de ampliar a visão e pode oferecer um cuidado mais qualificado para o usuário (E 07).

Os espaços de troca de experiências, conhecimentos, discussões e encontros, vivenciados pelos profissionais por meio do apoio matricial, das equipes de referência e das reuniões, viabilizam a construção de projetos terapêuticos singularizados e do cuidado criativo, pois implicam em ações que potencializam o trabalho coletivo e formas dialógicas de organização do trabalho. Entendemos que a intersubjetividade e a abertura para compartilhar experiências possibilitam a transformação de todos os envolvidos, construindo um sentido novo a cada ato, pois cada prática de cuidado é impar, mas ao mesmo tempo exprime uma comunidade entre aqueles que cuidam (Sena, Reis, carvalho & Souza, 2011); portanto a integralidade da atenção e cuidado deve ser compreendida a partir de sua dimensão plural, ética e democrática (Mattos, 2001; Pinheiro & Guizardi 2004; Cecílio, 2001).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O campo da Saúde Mental, quando analisado em sua conexão com o da saúde coletiva, implica na ampliação da compreensão acerca das práticas clínicas e sociais desenvolvidas, bem como no entendimento das diferentes variáveis que se relacionam ao processo saúde-doença. O que se objetivou com este estudo foi compreender a percepção de profissionais da saúde mental que atuam em um CAPS, considerando os pontos de convergência existentes entre a saúde mental e coletiva, a partir de uma abordagem fenomenológica. A análise das entrevistas realizadas apontou três eixos principais: a articulação da rede de saúde mental, o processo de trabalho e a integralidade das ações em saúde. Esses eixos evidenciaram questões que nos remetem a percepções pertinentes às ações macro e micropolíticas que articulam a saúde mental e a saúde coletiva na gestão da clínica para pessoas com transtornos mentais. Neste sentido, os relatos dos profissionais explicitaram tanto as dificuldades existentes no cotidiano do trabalho quanto transformações nas práticas assistenciais oferecidas, como o acolhimento, que retrata os avanços conquistados pela Reforma Sanitária e Psiquiátrica.

Nos relatos analisados, a escassez de recursos materiais, o espaço físico inadequado, os diferentes tipos de vínculo empregatício e o desconhecimento do papel do CAPS por parte de alguns profissionais figuraram como obstáculos ao oferecimento do cuidado integral. Em contrapartida, a perspectiva do desenvolvimento de um trabalho dirigido ao acolhimento, a construção de projetos terapêuticos singulares, o matriciamento, as supervisões e reuniões de equipe apontaram para transformações positivas nos processos de trabalho, evidenciando os diferentes contornos das vivências analisadas. Tais transformações funcionam como instrumentos que potencializam as ações terapêuticas, o trabalho coletivo e dialógico, e se aproximam das diretrizes estabelecidas tanto pelo SUS como pela atual Política de Humanização da Assistência à Saúde, especialmente no que se refere ao processo de constituição de uma rede articulada de cuidados em saúde. Por fim, destaca-se que a experiência em saúde mental desenvolvida no município de Campinas tem oferecido condições para ampliar o debate junto à saúde coletiva. Neste sentido, a discussão ora apresentada sobre a existência de pontos de convergência entre esses campos da saúde mental e coletiva pode fortalecer as parcerias e a reflexão acerca da constituição de uma rede de atenção e cuidados em saúde mais articulada.

REFERÊNCIAS

- Amatuzzi, M. M. (2009). Psicologia fenomenológica: uma aproximação teórica humanista. *Estudos de Psicologia*, 26 (1), 93-100.
- Bardin, L. (2002). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2010). DATA-SUS. Dados em Saúde Mental. Número de CAPS por tipo de UF. Recuperado em 28 de março de 2010 de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caps_dados_atualiza_dos5abril.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. (2005). *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*. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde.
- Carvalho A. S. (1991). *Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica*. Rio de Janeiro: Agir.
- Cecílio, L. C. O. (2001). As necessidades de saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In R. A. Mattos & R. Pinheiro (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. (pp.113-150) Rio de Janeiro: IMS/UERJ- CEPESC/ABRASCO.

- Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde (2002). *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília.
- Dejours, C. (2001). *A banalização da injustiça social* (4a ed.). Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.
- Figueiredo, M. D. & Campos, R. T. O. (2008). Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. *Revista Saúde em Debate*, 32 (78/79/80), 143-150.
- Husserl, E. (1965). *A Filosofia como Ciência de Rigor*, Coimbra: Atlântida
- Jorge, M. S. B., Guimarães, J. M. X., Nogueira, M. E. F., Moreira, T. M. M. & Morais, A. P. P. (2007). Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da Política de Desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde. *Texto contexto – enfer.*, 16(3), 417-425.
- Maia, P. R. S., Novak, F., Almeida J. A. G. & Silva, D. (2004). A. Bases conceituais para uma estratégia de gestão: o caso da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(6), 1700-1708.
- Mattos, R. A. (2001). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (pp. 39-64). Rio de Janeiro: IMS-UERJ.
- Mendes, A. M. (2004). Cultura organizacional e prazer-sofrimento no trabalho: Uma abordagem psicodinâmica. In: A. Tamayo (Org.), *Cultura e saúde nas organizações* (pp. 59-76). Porto Alegre: Artmed.
- Merhy, E. E. (2004). O CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. Recuperado em 13 de fevereiro 2010 em <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-08.pdf>.
- Merhy, E. E.; Campos, G. W. S. & Cecílio, L. C. O. (org.). (1994). *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec.
- Merleau-Ponty, M. (1996). *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes.
- Milhomen, M. A. G. C. & Oliveira, A. G. B. de. (2007). O trabalho em equipe nos centros de atenção psicossocial – CAPS. *Cogitare enferm*, 12(1), 107-114.
- Minayo, M. C. S. (1999). Ciência, técnica e arte: o desafio da Pesquisa Social. In M. C. Minayo (Org.), *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (pp. 09-30). Petrópolis: Vozes.
- Moreira, V. (2004). O método fenomenológico de Merleau-Ponty como ferramenta crítica a pesquisa em Psicopatologia. *Psicologia: Reflexão & Crítica*, 17 (3), 447-456.
- Moreira, V.; Nogueira, F. N. N. & Rocha, M. A. S. (2007). Leitura fenomenológica mundana do adoecer em pacientes do Serviço de Fisioterapia do Núcleo de Atenção Médica Integrada, Universidade de Fortaleza. *Estudos de Psicologia*, 24(2), 191-203.
- Nascimento, A. F. & Galvanese, A. T. C. (2009). Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. *Rev. Saúde Pública*, 43(Supl. 1), 8-15.
- Onocko Campos, R.T., Furtado, J. P., Passos, E., Ferrer, A. L., Miranda, L. & Gama, C. A. P. (2009). Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Rev. Saúde Pública*, 43 (Supl.1), 16-22.
- Pinheiro R. & Guizardi R. L. (2004). Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.). *Cuidado as Fronteiras da Integralidade* (pp.21-36). Rio de Janeiro: Hucitec.
- Sá, M. C. A. (2009). A Fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a "humanização" das práticas de saúde. *Interface comun. Saúde educ*, 13 (Supl. 1), 651-664.
- Sena, E. L. S.; Reis, H. F. T.; Carvalho, P. A. L.; Souza, V. S. (2011). A intersubjetividade do cuidar e o conhecimento na perspectiva fenomenológica. *Rev. Rene*, Fortaleza, 2011 12(1), 181-8.
- Teixeira, R. R. (2003). O Acolhimento num Serviço de Saúde Entendido como uma Rede de Conversações. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO.
- Yasui, S. & Costa-Rosa, A. (2008). A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Revista Saúde em Debate*, 32(78/79/80), 27-38.
- Zambenedetti, G. & Perrone, C. M. (2008). O Processo de construção de uma rede de atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica. *Physis*, 18(2), 277-293.
- Zambenedetti, G., & Silva, R. A. N. (2008). A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. *Psicologia em Revista*, 14(1), 131-150.

Recebido em 15/04/2010

Aceito em 19/11/2011

Endereço para correspondência:

Maria Luisa Gazabim Simões Ballarin. Rua Benedito Franco de Camargo, 416, vila São Judas Tadeu, CEP 18606-780, Botucatu-SP. E-mail: awballarin@uol.com.br.